

エキスパートパネル開催時に必要となる臨床情報を、下記フォームにご記載ください。  
ご協力よろしくお願いいたします。

患者名 \_\_\_\_\_

【臨床情報】

項目	内容
病理診断名	<input type="text"/>
診断日	(西暦) 年 月 日
重複がん	<input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="text"/> , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
多発がん	<input type="checkbox"/> 有 (活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移	<input type="checkbox"/> 有 (部位: <input type="text"/> 転移① 転移② 転移③ 転移④ 転移⑤) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
肺がん症例	EGFR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	EGFR-type:その他
	EGFR-検査方法:EGFR検査方法
	EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	ALK 融合 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	ALK 検査方法 : ALK検査方法
	ROS-1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	BRAF(V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	PD-L1(IHC) : IHC
	PD-L1(IHC)陽性率 : <input type="text"/> %
アスベスト暴露歴 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
乳がん症例	HER2(IHC) : IHC
	HER2(FISH) : FISH
	ER : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	PgR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	gBRCA1 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	gBRCA2 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査

食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例	KRAS 変異： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	KRAS-type： Type
	KRAS 検査方法： <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法、 <input type="checkbox"/> その他、 <input type="checkbox"/> 不明
	NRAS 変異： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	NRAS-type： Type
	NRAS 検査方法： <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	HER2(IHC)： IHC強度
	EGFR(IHC)： IHC強度
	BRAF(V600)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
肝がん症例	HBsAg： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HBs 抗体： <input type="checkbox"/> 陰性 <input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HBV-DNA(コピー数 <input type="text"/> )
	HCV 抗体： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
	HCV-RNA (コピー数 <input type="text"/> )
皮膚がん症例	BRAF(V600)： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査

【薬物療法歴】

投与したレジメン毎に記載をお願いします。

欄が足りない場合は、コピーしてご記載ください。

総レジメン数 \_\_\_\_\_

項目	内容
薬物療法 (EP 前)	治療ライン：ライン
	治療目的：目的
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名： <input type="text"/>
	薬剤名： <input type="text"/>
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験)
	レジメン内容変更情報： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日： 2000/01/01
	投与終了日： 2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由：理由

	最良総合効果： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
有害事象（EP前）	Grade3以上有害事象の有無（非血液毒性）： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語： <input type="text"/>
	有害事象① CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日 2000/01/01
	有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語： <input type="text"/>
	有害事象② CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日 2000/01/01
	有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語： <input type="text"/>
	有害事象③ CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象③ 発現日 2000/01/01

項目	内容
薬物療法 (EP前)	治療ライン：ライン
	治療目的：目的
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名： <input type="text"/>
	薬剤名： <input type="text"/>
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	レジメン内容変更情報： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日：2000/01/01
	投与終了日：2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由：理由
	最良総合効果： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
	有害事象（EP前）
	有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語： <input type="text"/>
	有害事象① CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日 2000/01/01

	有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
	有害事象② CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日 2000/01/01
	有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
	有害事象③ CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象③ 発現日 2000/01/01

項目	内容
薬物療法 (EP 前)	治療ライン : ライン
	治療目的 : 目的
	実施施設 : <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名 : <input type="text"/>
	薬剤名 : <input type="text"/>
	投与時の薬剤承認状況 : <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験)
	レジメン内容変更情報: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日 : 2000/01/01
	投与終了日 : 2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由 : 理由
	最良総合効果 : <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
	有害事象 (EP 前)
	有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
	有害事象① CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日 2000/01/01
	有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
	有害事象② CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日 2000/01/01
	有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
有害事象③ CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

	有害事象③ 発現日 2000/01/01
--	----------------------

項目	内容
薬物療法 (EP 前)	治療ライン：ライン
	治療目的：目的
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名： <input style="width: 100%;" type="text"/>
	薬剤名： <input style="width: 100%;" type="text"/>
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	レジメン内容変更情報： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日：2000/01/01
	投与終了日：2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由：理由
	最良総合効果： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
有害事象（EP 前）	Grade3 以上有害事象の有無（非血液毒性）： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語： <input style="width: 100%;" type="text"/>
	有害事象① CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日 2000/01/01
	有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語： <input style="width: 100%;" type="text"/>
	有害事象② CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日 2000/01/01
	有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語： <input style="width: 100%;" type="text"/>
	有害事象③ CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象③ 発現日 2000/01/01

項目	内容
薬物療法 (EP 前)	治療ライン：ライン
	治療目的：目的
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設

	レジメン名 : <input type="text"/>
	薬剤名 : <input type="text"/>
	投与時の薬剤承認状況 : <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験)
	レジメン内容変更情報: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日 : 2000/01/01
	投与終了日 : 2000/01/01    または <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由 : 理由
	最良総合効果 : <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE
有害事象 (EP 前)	Grade3 以上有害事象の有無 (非血液毒性) : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
	有害事象① CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日 2000/01/01
	有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
	有害事象② CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日 2000/01/01
	有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語 : <input type="text"/>
	有害事象③ CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象③ 発現日 2000/01/01