

# C-CAT 入力用紙

Ver.1.3.2

# C-CAT 代行入力リスト 表紙

患者名  ID  担当医師名

医師→MA：代行入力する書式に記入して、MAに依頼

MA→医師：記入依頼する書式にチェックして、医師に依頼

書式	医師記入済み <small>記入した書式にチェックを入れる</small>	記入依頼 <small>依頼する書式にチェックを入れる</small>
検査前・同意		
EP前・患者情報		
EP前・がん種その他		
EP前・肺		
EP前・乳		
EP前・食道胃大腸		
EP前・皮膚		
EP前・肝		
EP前・唾液腺		
EP前・甲状腺		
EP前・胆道		
EP前・膵		
EP前・前立腺		
EP前・卵巣/卵管		
EP前・レジメン内容		
EP前・Grade3以上の有害事象		

EP後・BSC治験		
EP後・レジメン内容		
EP後・薬剤2以降		
EP後・Grade3以上の有害事象		
EP後・転帰		
同意変更		

# 検体発送までに入力するデータ

## 書式：検査前・同意

### がん種情報

がん種区分 ※必須

<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 肺
<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 乳
<input type="checkbox"/> 食道/胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 腸	<input type="checkbox"/> 肝
<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱/尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎
<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膣
<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜
<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 末梢神経系	<input type="checkbox"/> その他

がん種区分（その他）

### 同意情報 C-CATへのデータ提供の同意がない患者の登録は絶対ダメ！！

同意日（年月日）

※必須

同意項目 ※必須

直接特定できない形にした情報やゲノムデータ等を「がんゲノム情報管理センター」へ提供することについて

同意する

同意しない

がんに関する遺伝の情報（遺伝性腫瘍）の情報提供について

情報提供を希望する

情報提供を希望しない

「がんゲノム情報管理センター」に提供された情報・ゲノムデータ等を、厳格な審査を経て、学術研究や医薬品開発目的での利用を希望する第三者に提供すること。提供の意思を撤回される場合、それ以降の利用を停止します。既に利用されているデータは削除できません。

同意する

同意しない

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・患者情報

### 患者背景情報

臨床診断名  ※必須

診断日（日付）  ※必須

当該腫瘍の初回治療前に診断のために行われた検査のうち、がんと診断する根拠となった検査が行われた日をご記入ください。

初回治療前のステージ分類  0期  I期  II期  III期  IV期  該当せず  不明 ※必須

喫煙歴の有無  なし  あり  不明 ※必須

喫煙年数  (年) 1日の本数  (本/日)

アルコール多飲の有無  なし  あり  不明

ECOG PS  0  1  2  3  4  不明 ※必須

### 重複がん

重複がん有無（異なる臓器）  なし  あり  不明 ※必須

重複がん 1

重複がん部位  ※必須

重複がん活動性  活動性  非活動性  不明 ※必須

発症年齢  歳

重複がん 2（他にあれば、裏面に記載してください）

### 多発がん

多発がん有無（同一臓器）  なし  あり  不明 ※必須

多発がん活動性  活動性  非活動性  不明 ※必須

発症年齢  歳

### 家族歴

家族歴有無  なし  あり  不明 ※必須

家族歴 1 続柄

がん種  罹患年齢  歳台

家族歴 2 続柄

がん種  罹患年齢  歳台

追加の家族歴は、裏に記載してください

### 既知の遺伝性疾患

既知の遺伝性疾患の有無  なし  あり  不明 ※必須

既知の遺伝性疾患名

エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：EP前・がん種その他

**がん種が「肺、乳、食道・胃・腸、肝、皮膚、唾液腺、甲状腺、胆道、膵、前立腺、卵巣/卵管」以外の場合は、  
共通情報として登録時転移と固形がんの情報を記入してください。**

#### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須

登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 唾液腺
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵
<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎
<input type="checkbox"/> 子宮体部	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膣	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管			
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他				

#### 固形がん

##### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

##### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

##### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

##### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test 「ニフレイイ」  その他  不明 ※必須

##### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

##### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペンタ OptiView PMS2(A16-4)  ペンタ OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペンタ OptiView MSH6(SP93)  ペンタ OptiView MLH(M1)  
 その他  不明 ※必須

##### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査  
※必須

##### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・肺

### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 唾液腺
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 脾
<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎
<input type="checkbox"/> 子宮体部	<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膣	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管			
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他				

### 固形がん

#### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニレイバ」  その他  不明 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ベンタ OptiView PMS2(A16-4)  ベンタ OptiView PMH2(G219-1129)  
 ベンタ OptiView MSH6(SP93)  ベンタ OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

#### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

#### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

### がん種固有 (肺)

#### EGFR

EGFR  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須  
EGFR-type  G719  exon-19欠失  S7681  T790M  exon-20挿入

	<input type="checkbox"/> L858R	<input type="checkbox"/> L861Q	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須
EGFR-検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2	<input type="checkbox"/> Therascreen	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須
EGFR-TKI耐性後	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
EGFR-T790M					

### ALK融合

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or未検査	※必須
ALK-検査方法	<input type="checkbox"/> IHC	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> IHC+FISH	<input type="checkbox"/> RT-PCR	<input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH
	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CDx	<input type="checkbox"/> オンコマインDx Target Test	<input type="checkbox"/> マルチCDx	※必須
	<input type="checkbox"/> AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		

### ROS1

ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須
ROS1-検査方法	<input type="checkbox"/> F1CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CDx	<input type="checkbox"/> オンコマインDx Target Test	<input type="checkbox"/> マルチCDx	
	<input type="checkbox"/> AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル	<input type="checkbox"/> OncoGuide AmoyDx			
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ※必須		

### BRAF

BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須
BRAF(V600)-検査方法	<input type="checkbox"/> オンコマインDx Target Test	<input type="checkbox"/> マルチCDx	<input type="checkbox"/> AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル		
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ※必須		

### PD-L1

PD-L1(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須
PD-L1(IHC)-検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Deko28-8(BMS/小野)				
	<input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Deko22C3(Merck)				
	<input type="checkbox"/> SP142	<input type="checkbox"/> SP263 (術後補助療法)			
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ※必須		

### MET

MET遺伝子エクソン14 スキッピング変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須
MET遺伝子エクソン14 スキッピング変異-検査方法	<input type="checkbox"/> ArcherMETコンパニオン診断システム		<input type="checkbox"/> AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル		
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			※必須

### KRAS G12C

FRAS G12C遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須
FRAS G12C遺伝子変異 -検査方法	<input type="checkbox"/> therascreen	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		※必須

### RET融合

RET融合遺伝子 -検査方法	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須
RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> オンコマインDx Target Test	<input type="checkbox"/> マルチCDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	※必須

### 環境暴露因子

アスベスト暴露歴	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		※必須
----------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	-----

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：EP前・乳

## 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
 登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

## 固形がん

### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペン対 OptiView PMS2(A16-4)  ペン対 OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペン対 OptiView MSH6(SP93)  ペン対 OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

## がん種固有 (乳)

HER2(IHC)  陰性  陰性 (1+)  境界域 (2+)  陽性 (3+)  
 判定不能  不明or未検査 ※必須

HER2(FISH)  陰性  equivocal  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

ER  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

PgR  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

<b>gBRCA1</b>	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須	
<b>gBRCA1-検査方法</b>	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		※必須	
<b>gBRCA2</b>	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須	
<b>gBRCA2-検査方法</b>	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		※必須	
<b>PD-L1抗体</b>	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須	
<b>PD-L1抗体-検査方法</b>	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「タコ」	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> ベンダナ OptiView PD-L1(SP142)	※必須	
<b>ERBB2<sup>17</sup>-数異常</b>	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須
<b>ERBB2<sup>17</sup>-数異常-検査方法</b>	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	※必須	

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・食道胃腸

### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膣	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

### 固形がん

#### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

#### ミスマッチ修復機能

pMMR (正常)  dMMR (欠損)  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### ミスマッチ修復機能-検査方法

ペン対 OptiView 2抗体(MSH6,PMS2)  ペン対 OptiView 4抗体(MSH2,MSH6,MLH1,PMS2)  
 その他  不明

#### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが $\geq 10$ mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

#### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

### がん種固有 (食道胃腸)

#### KRAS

KRAS  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須  
KRAS-type  codon12  codon13  codon59  codon61  
 codon117  codon146  不明 ※必須  
KRAS-検査方法  PCR-rSSO法  MEBGEN RASKET-Bキット  OncoBEAM RAS CRCキット  
 F1 CDx  その他  不明 ※必須

#### NRAS

NRAS  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

NRAS-type  codon12  codon13  codon59  codon61  
 codon117  codon146  不明 ※必須  
 NRAS-検査方法  PCR-rSSO法  その他  不明 ※必須

**HER2**

HER2  陰性  陰性 (1+)  境界域 (2+)  陽性 (3+) ※必須  
 判定不能  不明or未検査

HER2抗体検査方法  ペンタ ultraView 抗体 (4B5)  その他  不明or未検査 ※必須

HER2遺伝子増幅(ISH法)-検査方法  ハイブリッドHER-2 DNAプローブキット  その他  不明or未検査 ※必須

HER2遺伝子増幅(ISH法)  陰性  equivocal  陽性  判定不能 ※必須

**EGFR**

EGFR(IHC)  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

**BRAF**

BRAF(V600)  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

BRAF(V600)-検査方法  MEBGEN RASKET-キット  therascreen  その他  不明

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：EP前・肝

## 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
 登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

## 固形がん

### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ベン対 OptiView PMS2(A16-4)  ベン対 OptiView PMH2(G219-1129)  
 ベン対 OptiView MSH6(SP93)  ベン対 OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

## がん種固有 (肝)

HBsAg  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

HBs抗体  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

HBV-DNA

HCV抗体  低  中  高  不明or未検査 ※必須

HCV-RNA

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：EP前・皮膚

## 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

## 固形がん

### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペン対 OptiView PMS2(A16-4)  ペン対 OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペン対 OptiView MSH6(SP93)  ペン対 OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

## がん種固有 (皮膚)

### BRAF

BRAF遺伝子変異  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須  
BRAF遺伝子変異  コパス BRAS V600 変異検出キット  F1 CDx  THxID BRAFキット  
-検査方法  MEBGEN BRAFキット  その他  不明 ※必須  
BRAF-type  V600E  V600K  判定不能  不明or未検査 ※必須

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・唾液腺

### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

### 固形がん

#### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペンタ OptiView PMS2(A16-4)  ペンタ OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペンタ OptiView MSH6(SP93)  ペンタ OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

#### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

#### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

### がん種固有 (唾液腺)

HER2遺伝子増幅度  陰性  equivocal  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

HER2遺伝子増幅度-検査方法  ペンタDISH HER2キット  その他  不明 ※必須

HER2対パク  陰性  equivocal  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

HER2対パク-検査方法  ペンタ ultraView パススケー HER2(4B5)(FALCO)  その他  不明 ※必須

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・甲状腺

### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

### 固形がん

#### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフイハ」  その他  不明 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペンタ OptiView PMS2(A16-4)  ペンタ OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペンタ OptiView MSH6(SP93)  ペンタ OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

#### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

#### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

### がん種固有 (甲状腺)

RET融合遺伝子  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

RET融合遺伝子  オンコイン Dx Target Test マルチ CDx  その他  不明 ※必須  
-検査方法

RET遺伝子変異  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

RET遺伝子変異  オンコイン Dx Target Test マルチ CDx  その他  不明 ※必須

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・胆道

### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

### 固形がん

#### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペンタ OptiView PMS2(A16-4)  ペンタ OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペンタ OptiView MSH6(SP93)  ペンタ OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

#### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

#### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

### がん種固有 (胆道)

FGFR2融合遺伝子  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

FGFR2融合遺伝子  F1 CDx  その他  不明 ※必須

-検査方法

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

書式：EP前・臍

## 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膣	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

## 固形がん

### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペン対 OptiView PMS2(A16-4)  ペン対 OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペン対 OptiView MSH6(SP93)  ペン対 OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

## がん種固有 (臍)

gBRCA1  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

gBRCA1  BRACAnalysis 診断システム  その他  不明 ※必須

-検査方法

gBRCA2  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

gBRCA2  BRACAnalysis 診断システム  その他  不明 ※必須

-検査方法

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・前立腺

### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
 登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

### 固形がん

#### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニフレイバ」  その他  不明 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ペン対 OptiView PMS2(A16-4)  ペン対 OptiView PMH2(G219-1129)  
 ペン対 OptiView MSH6(SP93)  ペン対 OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

#### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

#### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

### がん種固有 (前立腺)

gBRCA1  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

gBRCA1  F1 CDx  F1Liquid CDx  BRACAnalysis 診断システム ※必須

-検査方法  その他  不明

gBRCA2  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

gBRCA2  F1 CDx  F1Liquid CDx  BRACAnalysis 診断システム ※必須

-検査方法  その他  不明

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・卵巣/卵管

### 登録時転移

登録時転移の有無  なし  あり  不明 ※必須  
 登録時転移の部位 ※必須

<input type="checkbox"/> 脊髄	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 鼻・副鼻腔
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 食道
<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	
<input type="checkbox"/> 肛門	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 腎盂	<input type="checkbox"/> 副腎
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 尿管	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 子宮体部	
<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膈	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 筋肉	
<input type="checkbox"/> 軟部組織	<input type="checkbox"/> 腹膜	<input type="checkbox"/> 髄膜	<input type="checkbox"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> リンパ節/リンパ管		
<input type="checkbox"/> 抹消神経系	<input type="checkbox"/> 血液	<input type="checkbox"/> 原発不明	<input type="checkbox"/> その他			

### 固形がん

#### NTRK1/2/3融合遺伝子

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法

F1 CDx  F1Liquid CDx  その他  不明 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### マイクロサテライト不安定性-検査方法

MSI検査キット (FALCO)  F1 CDx  G360CDx  
 Idylla MSI Test「ニチレイ」  その他  不明 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損

陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

#### ミスマッチ修復機能欠損-検査方法

ベンタ OptiView PMS2(A16-4)  ベンタ OptiView PMH2(G219-1129)  
 ベンタ OptiView MSH6(SP93)  ベンタ OptiView MLH(M1) ※必須  
 その他  不明

#### 腫瘍遺伝子変異量

TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上)  その他  不明or未検査 ※必須

#### 腫瘍遺伝子変異量-検査方法

F1 CDx  その他  不明 ※必須

### がん種固有 (卵巣/卵管)

gBRCA1  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

gBRCA1  F1 CDx  BRACAnalysis 診断システム  myChoice 診断システム ※必須

-検査方法  その他  不明

gBRCA2  陰性  陽性  判定不能  不明or未検査 ※必須

gBRCA2  F1 CDx  BRACAnalysis 診断システム  myChoice 診断システム ※必須

-検査方法  その他  不明

相同組換え修復欠損  陰性  陽性  判定不能 不明or未検査 ※必須

相同組換え修復欠損  myChoice 診断システム  その他  不明 ※必須

-検査方法

# エキスパートパネルまでに入力するデータ

## 書式：EP前・レジメン内容

**レジメン**：必要枚数をコピーまたは印刷して記入してください。実施したすべてのレジメンに関する記載が必要です

薬物療法実施の有無  有  無 ※必須 「無」の場合、以下の記入は不要です。

レジメン内容  1  2  3  4  5  その他 ( ) 数字を記載

治療方針  企業治験  医師主導治験  先進医療  患者申出療養

保険診療  不明 ※必須

治療ライン  1次治療  2次治療  3次治療  4次治療

5次治療以降  不明 ※必須

実施目的  術前補助療法  術後補助療法  根治  その他 ※必須

実施施設  鳥取県立中央病院  鳥取県立中央病院以外 ※必須

レジメン名  ※必須

薬剤名  ※必須

レジメン内容変更状況

投与開始日 (日付)  ※必須

投与終了日 (日付)  ※必須

継続中

終了理由  計画通り終了  無効中止  副作用などで中止  
 本人の希望により中止  その他の理由で中止  不明 ※必須

最良総合効果  CR  PR  SD  PD  NE ※必須

増悪確認日  ※必須  中止に至った有害事象

Grade3以上有害事象の有無  Grade 3 以上なし  Grade 3 以上あり ※必須

### 有害事象 1

発現日 (日付)  ※必須

### CTCAEv5.0

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade 5  不明 ※必須

中止に至った有害事象の詳細  あり  不明 ※必須

※「中止に至った有害事象」が上記以外には無い場合は、「不明」を選択してください。上記有害事象以外に「中止に至った有害事象」が有れば、「あり」を選択してください。

有害事象 2 以降は、別紙に入力または記入してください。

# エキスパートパネルまでに入力するデータ 書式：EP前・Grade3以上の有害事象

**レジメン 有害事象2以降**：レジメンごとに記載してください。必要枚数をコピーまたは印刷して使用してください。

レジメン内容  1  2  3  4  5  その他 ( ) 数字を記載

有害事象 ( ) 数字を記載

発現日 (日付)  ※必須

**CTCAEv5.0**

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade5  不明

有害事象 ( ) 数字を記載

発現日 (日付)  ※必須

**CTCAEv5.0**

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade5  不明

有害事象 ( ) 数字を記載

発現日 (日付)  ※必須

**CTCAEv5.0**

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade5  不明

有害事象 ( ) 数字を記載

発現日 (日付)  ※必須

**CTCAEv5.0**

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade5  不明

# エキスパートパネル後に入力するデータ

## 書式：EP後・BSC治験

### 薬物療法（EP後） BSCの場合

レジメン内容 1

エキスパートパネル開催日（日付）

治療方針

- 治験     先進医療B     患者申出療養  
 その他の適応外他     適応内     BSC    ※必須

### 薬物療法（EP後） 治験の場合

レジメン内容 1

エキスパートパネル開催日（日付）

治療方針

- 治験     先進医療B     患者申出療養  
 その他の適応外他     適応内     BSC    ※必須

治療ライン

- 1次治療     2次治療     3次治療  
 4次治療     5次治療     不明    ※必須

治療開始日（日付）

※必須

## エキスパートパネル後に入力するデータ

### 書式：EP後・レジメン内容

薬物療法（EP後）レジメン。治療方針がBSC、治験以外の場合。実施したすべてのレジメンに関する記載が必要。

レジメン内容	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> その他（ ）	数字を記載		
エキスパートパネル開催日（日付）	<input type="text"/>						
治療方針	<input type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 先進医療B	<input type="checkbox"/> 患者申出療養				
	<input type="checkbox"/> その他の適応外他	<input type="checkbox"/> 適応内	<input type="checkbox"/> BSC	※必須			
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療				
	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療	<input type="checkbox"/> 不明	※必須			
実施施設	<input type="checkbox"/> 鳥取県立中央病院	<input type="checkbox"/> 鳥取県立中央病院以外	※必須				
レジメン名	<input type="text"/>						
<b>薬剤1</b>							
薬剤名	<input type="text"/>				※必須		
投与時点の薬剤承認状況	<input type="checkbox"/> 適応内	<input type="checkbox"/> 適応外	<input type="checkbox"/> 未承認（治療薬）				
（初回）投与量	<input type="text"/>				※必須		
単位	<input type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> mg/kg	<input type="checkbox"/> IU/body			
用法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴静注	<input type="checkbox"/> 皮下	<input type="checkbox"/> 筋注	<input type="checkbox"/> 動注	<input type="checkbox"/> その他

薬剤2以降は、別紙（EP後・薬剤2以降）に入力（記載）してください。

レジメン内容変更情報

投与開始日（日付）  ※必須

投与終了日（日付）  ※必須

継続中

終了理由  計画通り終了  無効中止  副作用等で中止 ※必須

本人の希望により中止  その他の理由で中止  不明

最良総合効果  CR  PR  SD  PD  NE ※必須

## エキスパートパネル後に入力するデータ

### 書式：EP後・レジメン内容

薬物療法（EP後）レジメン内容。治療方針がBSC、治験以外の場合。実施したすべてのレジメンに関する記載が必要。

レジメン内容  1  2  3  その他（ ） 数字を記載 ※必須

#### 薬剤2

薬剤名  ※必須

投与時点の薬剤承認状況  適応内  適応外  未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位  mg/body  mg/m<sup>2</sup>  mg/kg  IU/body

用法  経口  静注  点滴静注  皮下  筋注  動注  その他

#### 薬剤3

薬剤名  ※必須

投与時点の薬剤承認状況  適応内  適応外  未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位  mg/body  mg/m<sup>2</sup>  mg/kg  IU/body

用法  経口  静注  点滴静注  皮下  筋注  動注  その他

#### 薬剤4

薬剤名  ※必須

投与時点の薬剤承認状況  適応内  適応外  未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位  mg/body  mg/m<sup>2</sup>  mg/kg  IU/body

用法  経口  静注  点滴静注  皮下  筋注  動注  その他

#### 薬剤5

薬剤名  ※必須

投与時点の薬剤承認状況  適応内  適応外  未承認（治験薬） ※必須

（初回）投与量

単位  mg/body  mg/m<sup>2</sup>  mg/kg  IU/body

用法  経口  静注  点滴静注  皮下  筋注  動注  その他

## エキスパートパネル後に入力するデータ

### 書式：EP後・Grade3以上の有害事象

薬物療法（EP後）有害事象。治療方針がBSC、治験以外の場合。実施したすべてのレジメンに関する記載が必要。

レジメン内容  1  2  3  その他（ ）数字を記載

Grade 3 以上有害事象の有無  Grade 3 以上なし  Grade 3 以上あり ※必須

#### 有害事象 1

発現日（日付）  ※必須

#### CTCAEv5.0

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade 5  不明 ※必須

#### 有害事象 2

発現日（日付）  ※必須

#### CTCAEv5.0

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade 5  不明 ※必須

#### 有害事象 3

発現日（日付）  ※必須

#### CTCAEv5.0

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade 5  不明 ※必須

#### 有害事象 4

発現日（日付）  ※必須

#### CTCAEv5.0

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade 5  不明 ※必須

#### 有害事象 5

発現日（日付）  ※必須

#### CTCAEv5.0

名称日本語  ※必須

最悪Grade  Grade 3  Grade 4  Grade 5  不明 ※必須

有害事象 6 以上は、コピーして記載。数字は上書きしてください。

## エキスパートパネル後に入力するデータ

書式：EP後・転帰

### 転帰情報

転帰  生存  死亡  不明もしくは追跡不可 ※必須

死亡日（日付）  ※必須

死因  原病死  他部位のがん死  他病死  不明 ※必須

# 同意変更時に入力するデータ

## 書式：同意変更

### 同時変更情報

同意変更申出日（年月日）

※必須

意思変更項目

直接特定できない形にした情報やゲノムデータ等を「がんゲノム情報管理センター」へ提供することについて

- 「同意しない」から「同意する」に変更  
 「同意する」と回答したが、今後の提供と利用の停止を希望する

がんに関する遺伝の情報（遺伝性腫瘍）の情報提供について

- 「情報提供を希望しない」から「情報提供を希望する」に変更  
 「情報提供を希望する」から「情報提供を希望しない」に変更

「がんゲノム情報管理センター」に提供された情報・ゲノムデータ等を、厳格な審査を経て、学術研究や医薬品開発目的での利用を希望する第三者に提供することについて（なお、同意撤回されたとしても、既に利用されている場合には削除できないことがあります。）

- 「同意しない」から「同意する」に変更  
 「同意する」と回答したが、今後の提供と利用の停止を希望する