

移植歴	無	有		
HBsAg	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
HBs 抗体	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
HBV-DNA	Log IU/mL			
HCV 抗体	低 w	中	高	不明 or 未検査
HCV-RNA	Log IU/mL			

●疾患情報

がん種区分	中枢神経系/脳 頭頸部 眼 肺 胸膜 胸腺 甲状腺 乳 食道/胃 十二指腸乳頭 腸 肝 胆道 膵 腎 副腎 膀胱/尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部 子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 軟部組織 腹膜 骨髄系 リンパ系 末梢神経 その他 () ※ここで、肺・乳・食道/胃・腸・皮膚を選択した場合 2, 3 ページ目に記載事項があります。			
病理診断名				
診断日	西暦 年 月 日			
喫煙歴	無 有 →有の場合【喫煙年数： 年】【1日の本数： 本】			
飲酒歴	無 有 →有の場合【 】を【 】位/日】			
重複がん	無 有 不明			
部位	中枢神経系/脳 頭頸部 眼 肺 胸膜 胸腺 甲状腺 乳 食道/胃 十二指腸乳頭 腸 肝 胆道 膵 腎 副腎 膀胱/尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部 子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 骨 軟部組織 腹膜 骨髄系 リンパ系 末梢神経 その他 ()			
重複がん活動性	活動性 非活動性 不明			
多発がん(同一臓器)	無 有 不明			
多発がん活動性	活動性 非活動性 不明			
がんの家族歴	無 有 →有の場合、生殖細胞系列変異が判明する場合があるため罹患年齢を含め、 詳細にご記載ください。 (例) 祖父(父方)：胃癌 60歳(罹患年齢)			
転移	無 有 不明			
部位	中枢神経系 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻 副鼻腔 唾液腺 甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳 食道 胃 小腸 十二指腸乳頭部 虫垂 大腸 肝 胆道 膵 腎 腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部 子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 皮下 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜骨髄系 リンパ系 末梢神経系 原発不明 その他 ()			

●検査情報 全がん種

MSI	陰性	陽性	その他()	未検査
-----	----	----	--------	-----

がん種区分で**食道/胃**もしくは**腸**を選択した場合、記載

KRAS	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
KRAS-type	codon12 codon117		codon13 codon146	codon59 codon61 不明
KRAS-検査方法	PCR-rSSO 法		その他	不明
NRAS	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
NRAS-type	codon12 codon117		codon13 codon146	codon59 codon61 不明
NRAS-検査方法	PCR-rSSO 法		その他	不明
HER2 (IHC)	陰性 判定不能	陰性(1+)	境界域(2+) 不明 or 未検査	陽性(3+)
HER2 (FISH)	陰性	equivocal	陽性	判定不能 不明 or 未検査
EGFR (IHC)	陰性(変異なし)		陽性(変異あり)	判定不能 不明 or 未検査
BRAF (V600)	陰性(変異なし)		陽性(変異あり)	判定不能 不明 or 未検査

がん腫区分で**乳**を選択した場合、記載

HER2 (IHC)	陰性 判定不能	陰性(1+)	境界域(2+) 不明 or 未検査	陽性(3+)
HER2 (FISH)	陰性	equivocal	陽性	判定不能 不明 or 未検査
ER	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PgR	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
gBRCA1	陰性(変異なし)		陽性(変異あり)	判定不能 不明 or 未検査
gBRCA2	陰性(変異なし)		陽性(変異あり)	判定不能 不明 or 未検査

がん腫区分で**皮膚**を選択した場合、記載

BRAF (V600)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
-------------	----	----	------	-----------

がん腫区分で**肺**を選択した場合、記載

EGFR	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
EGFR-type	G719 L861Q	exon-19 欠失 その他()	S768I 不明	T790M exon-20 挿入 L858R
EGFR-検査方法	CobasV2	Therascreen		その他 不明
EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M	陰性	陽性	判定不能	判定不能 or 未検査
ALK 融合	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
ALK-検査方法	IHC のみ RT-PCT+FISH		FISH のみ その他	IHC+FISH RT-PCR のみ 不明
ROS1	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
BRAF (V600)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC)	陰性	陽性	判定不能	不明 or 未検査
PD-L1 (IHC) 検査方法	Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) 不明	その他()		Pembrolizumab/Dako22C3(Merck)
PD-L1(IHC)陽性時	陽性率	%		
アスベスト暴露歴	無	有	不明	

●手術情報

術 日	西曆 年 月 日
術 式	

術 日	西曆 年 月 日
術 式	

●放射線治療情報

部 位	
期 間	西曆 年 月 日 ~ 年 月 日
回 数	
1 回 線 量	Gy
総 線 量 / f r	Gy / fr

部 位	
期 間	西曆 年 月 日 ~ 年 月 日
回 数	
1 回 線 量	Gy
総 線 量 / f r	Gy / fr

●薬物療法情報

1次治療	レジメン名		
	投与時点の薬剤承認状況 1, 適応内 2, 適応外 3, 未承認 (治験案)		
	※薬剤投与量が変わらない場合は、投与日・投与回数での記載可。		
	投与日	投与薬剤名 (投与量)	投与回数
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	終了理由 1, 計画通り終了 2, 無効中止 3, 副作用等で中止 4, 本人希望で中止 5, その他理由で中止 6, 不明		
最良総合効果 CR PR SD PD NE			
Grade3 以上の有害事象 無 有 →有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載			

2次治療	レジメン名		
	投与時点の薬剤承認状況 1, 適応内 2, 適応外 3, 未承認（治験案）		
	※薬剤投与量が変わらない場合は、投与日・投与回数での記載可。		
	投与日	投与薬剤名（投与量）	投与回数
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	終了理由 1, 計画通り終了 2, 無効中止 3, 副作用等で中止 4, 本人希望で中止 5, その他理由で中止 6, 不明		
最良総合効果 CR PR SD PD NE			
Grade3 以上の有害事象 無 有 →有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日に記載			

3次治療	レジメン名		
	投与時点の薬剤承認状況 1, 適応内 2, 適応外 3, 未承認（治験案）		
	※薬剤投与量が変わらない場合は、投与日・投与回数での記載可。		
	投与日	投与薬剤名（投与量）	投与回数
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	終了理由 1, 計画通り終了 2, 無効中止 3, 副作用等で中止 4, 本人希望で中止 5, その他理由で中止 6, 不明		
最良総合効果 CR PR SD PD NE			
Grade3 以上の有害事象 無 有 →有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載			

4次治療	レジメン名		
	投与時点の薬剤承認状況 1, 適応内 2, 適応外 3, 未承認 (治験案)		
	※薬剤投与量が変わらない場合は、投与日・投与回数での記載可。		
	投与日	投与薬剤名 (投与量)	投与回数
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	終了理由 1, 計画通り終了 2, 無効中止 3, 副作用等で中止 4, 本人希望で中止 5, その他理由で中止 6, 不明		
最良総合効果 CR PR SD PD NE			
Grade3 以上の有害事象 無 有 →有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載			

5次治療	レジメン名		
	投与時点の薬剤承認状況 1, 適応内 2, 適応外 3, 未承認（治験案）		
	※薬剤投与量が変わらない場合は、投与日・投与回数での記載可。		
	投与日	投与薬剤名（投与量）	投与回数
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	終了理由 1, 計画通り終了 2, 無効中止 3, 副作用等で中止 4, 本人希望で中止 5, その他理由で中止 6, 不明		
最良総合効果 CR PR SD PD NE			
Grade3以上の有害事象 無 有 →有の場合、下記に内容と最悪Grade、発現日に記載			

6次治療	レジメン名		
	投与時点の薬剤承認状況 1, 適応内 2, 適応外 3, 未承認（治験案）		
	※薬剤投与量が変わらない場合は、投与日・投与回数での記載可。		
	投与日	投与薬剤名（投与量）	投与回数
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	西暦 年 月 日		コース目
	終了理由 1, 計画通り終了 2, 無効中止 3, 副作用等で中止 4, 本人希望で中止 5, その他理由で中止 6, 不明		
最良総合効果 CR PR SD PD NE			
Grade3 以上の有害事象 無 有 →有の場合、下記に内容と最悪 Grade、発現日を記載			

7次治療以降はこちらにご記載ください。

●検体情報（検体がある場合のみ記載）

検体識別番号	
腫瘍含有率	【 %】 必ず記載してください。
検体採取日	西暦 年 月 日
検体採取方法	生検 手術 その他（ ）
検体採取部位	原発巣 転移巣 不明
部 位	中枢神経系 脳 眼 口腔 咽頭 喉頭 鼻 副鼻腔 唾液腺 甲状腺 肺 胸膜 胸腺 乳 食道 胃 小腸 十二指腸乳頭部 虫垂 大腸 肝 胆道 膵 腎 腎盂 副腎 膀胱 尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮体部 子宮頸部 卵巣/卵管 膣 皮膚 皮下 骨 筋肉 軟部組織 腹膜 髄膜骨髄系 リンパ系 末梢神経系 原発不明 その他（ ）
使用された固定液	<input type="checkbox"/> 10%中性緩衝ホルマリン <input type="checkbox"/> その他（内容： ） <input type="checkbox"/> 不明
固定に浸かるまでの時間	<input type="checkbox"/> 30分以下 <input type="checkbox"/> 30分を越える <input type="checkbox"/> 不明
固 定 時 間	<input type="checkbox"/> ＜6時間 <input type="checkbox"/> 6-12時間 <input type="checkbox"/> 12-24時間 <input type="checkbox"/> 24-48時間 <input type="checkbox"/> 48時間＜ <input type="checkbox"/> 不明

内視鏡治療などの治療歴がある場合は、内容・期間などを記載してください。

また、その他、特記事項がある場合は、記載してください。