

印刷して、他の書類・検体と一緒に送ってください。

臨床経過サマリー（ C-CAT 入力項目 ）

がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への登録や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。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

患者氏名： _____ **様**

作成日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴院名： _____

ご担当医師名： _____

目次： p5~18 はがん種が該当する場合のみご記入ください

必須：患者背景情報～がん種情報	2
必須：併存症	3
必須：既往歴	3
必須：既知の遺伝性疾患の有無	4
必須：固形腫瘍	5
肺（がん種が該当する場合必須）	6
乳房（がん種が該当する場合必須）	9
食道/胃 or 腸（がん種が該当する場合必須）	11
肝臓（がん種が該当する場合必須）	13
皮膚（がん種が該当する場合必須）	14
唾液腺癌（がん種が該当する場合必須）	14
甲状腺（がん種が該当する場合必須）	15
胆道（がん種が該当する場合必須）	15
膵臓（がん種が該当する場合必須）	16
前立腺（がん種が該当する場合必須）	17
卵巣／卵管（がん種が該当する場合必須）	18
必須：エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象	19

必須：患者背景情報～がん種情報

項目	内容
① 臨床診断名	
② 診断日 当該腫瘍の初回治療前に診断のためにおこなわれた検査のうち、'がん'と診断する根拠となった検査がおこなわれた日	西暦 年 月 日
③ 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
④ PS	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 不明
⑤ 多発がんの有無（同一臓器）	☐ なし ☐ あり→ ⑥へ ☐ 不明
⑥ 多発がん 活動性	発症年齢： 歳 ☐ 活動性 ☐ 非活動性 ☐ 不明
⑦ 重複がんの有無（異なる臓器） 異なる臓器にそれぞれ原発性のがんが存在する状態、または同一の臓器内に異なる組織型のがんが存在する状態のうち、少なくともどちらか一方が該当する場合	☐ なし ☐ あり→ 部位、病理診断名、⑧へ 部位： 病理診断名： ☐ 不明
⑧ 重複がん 活動性	発症年齢： 歳 ☐ 活動性 ☐ 非活動性 ☐ 不明
⑨ 登録時転移の有無	☐ なし ☐ あり（部位： ） ☐ 不明
⑩ アスベスト曝露歴（肺癌のみ）	☐ なし ☐ あり ☐ 不明

必須：併存症

病名	罹患年齢
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台

必須：既往歴

病名	罹患年齢
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台
	歳台

必須：既知の遺伝性疾患の有無

項目	内容
① 既知の遺伝性疾患の有無	☐ なし ☐ あり→②へ ☐ 不明
② 既知の遺伝性疾患名	☐ BAP1 Tumor Predisposition Synd ☐ Birt-Hogg-Dube Syndrome (BHD) ☐ Cancer Predisposition Synd ☐ FAP ☐ HBOC ☐ HDGC ☐ Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer (HLRCC) ☐ Hereditary Papillary Renal Cancer (HPRC) ☐ HPPS ☐ Juvenile Polyposis ☐ Loeys-Dietz ☐ Lynch ☐ Malignant Melanoma ☐ MAP ☐ Melanoma ☐ Melanoma/Pancreatic Ca ☐ MEN1 ☐ MEN2 ☐ MODY3 ☐ NF1 ☐ NF2 ☐ Peutz-Jeghers ☐ Polymerase Proofreading Associated Polyposis (PPAP) ☐ PTEN Hamartoma ☐ Retinoblastoma ☐ Rhabdoid Tumor Predisposition Synd ☐ Inherited Bone Marrow Failure Synd ☐ Loeys-Dietz ☐ Pheochromocytoma ☐ Li-Fraumeni ☐ Tuberous Sclerosis Complex ☐ VHL ☐ WT1-related Wilms ☐ その他 ()

必須：固形腫瘍

項目	内容
③ NTRK1/2/3 融合遺伝子	☐ 陰性→④へ ☐ 陽性→④へ ☐ 判定不能→④へ ☐ 不明 or 未検査
④ NTRK1/2/3 融合遺伝子 検査方法	☐ F1 CDx ☐ F1 Liquid CDx ☐ その他 ☐ 不明
⑤ MSI 検査	☐ 陰性→⑥へ ☐ 陽性→⑥・⑦へ ☐ 判定不能→⑥へ ☐ 不明 or 未検査
⑥ MSI 検査 検査方法	☐ MSI 検査キット (FALCO) ☐ F1 CDx ☐ G360CDx ☐ Idylla MSI Test「ニチレイバイオ」 ☐ その他 ☐ 不明
⑦ MSI-High の場合、リンチ症候群 (HNPCC) の遺伝子診断 (遺伝 カウンセリング等) を実施され ましたか？	☐ はい ☐ いいえ
⑧ ミスマッチ修復機能	☐ pMMR (正常)→⑨へ ☐ dMMR (欠損) →⑨へ ☐ 判定不能→⑨へ ☐ 不明 or 未検査
⑨ ミスマッチ修復機能 検査方法	☐ ベンタナ OptiView 2 抗体 (MSH6, PMS2) ☐ ベンタナ OptiView 4 抗体 (MSH2, MSH6, MLH1, PMS2) ☐ その他 ☐ 不明
⑩ 腫瘍遺伝子変異量	☐ TMB-High (TMB スコアが 10mut/Mb 以上) →⑪へ ☐ その他→⑪へ ☐ 不明 or 未検査
⑪ 腫瘍遺伝子変異量 検査方法	☐ F1 CDx ☐ その他 ☐ 不明

肺（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① EGFR	☐ 陰性→③へ ☐ 陽性→②・③へ ☐ 判定不能→③へ ☐ 不明 or 未検査
② EGFR-type	☐ G719 ☐ exon-19 欠失 ☐ S768I ☐ T790M ☐ exon-20 挿入 ☐ L858R ☐ L861Q ☐ その他 ☐ 不明
③ EGFR 検査方法	☐ CobasV2 ☐ Therascreen ☐ オンコマイン Dx target Test マルチ CDx ☐ F1 CDx ☐ F1 Liquid CDx ☐ Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル ☐ その他 ☐ 不明
④ EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
⑤ ALK 融合	☐ 陰性→⑥へ ☐ 陽性→⑥へ ☐ 判定不能→⑥へ ☐ 不明 or 未検査

肺（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
⑥ ALK 検査方法	☐ IHC ☐ FISH ☐ IHC+FISH ☐ RT-PCR ☐ RT-PCR+FISH ☐ F1 CDx ☐ F1 Liquid CDx ☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル ☐ その他 ☐ 不明
⑦ ROS1	☐ 陰性→⑧ ☐ 陽性→⑧ ☐ 判定不能→⑧ ☐ 不明 or 未検査
⑧ ROS1 検査方法	☐ F1 CDx ☐ F1 Liquid CDx ☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル ☐ OncoGuide AmoyDx ☐ その他 ☐ 不明
⑨ BRAF(V600)	☐ 陰性→⑩へ ☐ 陽性→⑩へ ☐ 判定不能→⑩へ ☐ 不明 or 未検査
⑩ BRAF(V600) 検査方法	☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル ☐ その他 ☐ 不明
⑪ PD-L1(IHC)	☐ 陰性→⑫へ ☐ 陽性→⑫・⑬へ ☐ 判定不能→⑫へ ☐ 不明 or 未検査

肺（がん種が該当する場合必須）

⑫ PD-L1(IHC) 検査方法	☐ Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) ☐ Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) ☐ SP142 ☐ SP263（術後補助療法） ☐ その他 ☐ 不明
⑬ 陽性率（%）	数値：
⑭ MET 遺伝子エクソンスキッピング変異	☐ 陰性→⑮へ ☐ 陽性→⑮へ ☐ 判定不能→⑮へ ☐ 不明 or 未検査
⑮ MET 遺伝子エクソンスキッピング変異 検査方法	☐ ArcherMET コンパニオン診断システム ☐ Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル ☐ その他 ☐ 不明
⑯ KRAS G12C 遺伝子変異	☐ 陰性→⑰へ ☐ 陽性→⑰へ ☐ 判定不能→⑰へ ☐ 不明 or 未検査
⑰ KRAS G12C 遺伝子変異 検査方法	☐ theascreen ☐ その他 ☐ 不明
⑱ RET 融合遺伝子	☐ 陰性→⑲へ ☐ 陽性→⑲へ ☐ 判定不能→⑲へ ☐ 不明 or 未検査
⑲ RET 融合遺伝子 検査方法	☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ その他 ☐ 不明

乳房（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① HER2(IHC)	☐ 陰性 ☐ 陰性(1+) ☐ 境界域(2+) ☐ 陽性(3+) ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
② HER2(FISH)	☐ 陰性 ☐ equivocal ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
③ ER	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
④ PgR	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
⑤ gBRCA1	☐ 陰性→⑥へ ☐ 陽性→⑥へ ☐ 判定不能→⑥へ ☐ 不明 or 未検査
⑥ gBRCA1 検査方法	☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ その他 ☐ 不明
⑦ gBRCA2	☐ 陰性→⑧ ☐ 陽性→⑧ ☐ 判定不能→⑧ ☐ 不明 or 未検査
⑧ gBRCA2 検査方法	☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ その他 ☐ 不明
⑨ PD-L1 タンパク	☐ 陰性→⑩へ ☐ 陽性→⑩へ ☐ 判定不能→⑩へ ☐ 不明 or 未検査

乳房（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
⑩ PD-L1 タンパク 検査方法	☐ PD-L1 IHC 22C3 PharmDx「ダコ」 ☐ ベンタナ OptiView PD-L1(SP-142) ☐ その他 ☐ 不明
⑪ ERBB2 コピー数 異常	☐ 陰性→⑫へ ☐ 陽性→⑫へ ☐ equivocal→⑫へ ☐ 判定不能→⑫へ ☐ 不明 or 未検査
⑫ ERBB2 コピー数 異常 検査方法	☐ F1 CDx ☐ その他 ☐ 不明

食道/胃 or 腸（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① KRAS	☐ 陰性→③へ ☐ 陽性→②・③へ ☐ 判定不能→③へ ☐ 不明 or 未検査
② KRAS-type	☐ codon12 ☐ codon13 ☐ codon59 ☐ codon61 ☐ codon117 ☐ codon146 ☐ 不明
③ 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
④ NRAS	☐ 陰性→⑥へ ☐ 陽性→⑤・⑥へ ☐ 判定不能→⑥へ ☐ 不明 or 未検査
⑤ NRAS-type	☐ codon12 ☐ codon13 ☐ codon59 ☐ codon61 ☐ codon117 ☐ codon146 ☐ 不明
⑥ NRAS 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

食道/胃 or 腸（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
⑦ HER2	☐ 陰性→⑧へ ☐ 陰性(1+)→⑧へ ☐ 境界域(2+)→⑧・⑨へ ☐ 陽性(3+)→⑧へ ☐ 判定不能→⑧へ ☐ 不明 or 未検査
⑧ HER2 タンパク 検査方法	☐ ベンタナ ultraView パスウェーHER2(4B5) ☐ その他 ☐ 不明
⑨ HER2 遺伝子 増幅(ISH 法) 検査方法	☐ パスビジョン HER2 DNA プローブキット→⑩へ ☐ その他→⑩へ ☐ 不明 or 未検査
⑩ HER2 遺伝子 増幅(ISH 法)	☐ 陰性 ☐ equivocal ☐ 陽性 ☐ 判定不能
⑪ EGFR(IHC)	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
⑫ BRAF(V600)	☐ 陰性→⑬へ ☐ 陽性→⑬へ ☐ 判定不能→⑬へ ☐ 不明 or 未検査
⑬ BRAF(V600) 検査方法	☐ MEBGEN RASKET-B キット ☐ theascreen ☐ その他 ☐ 不明

肝臓（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① HBsAg	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
② HBs 抗体	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能 ☐ 不明 or 未検査
③ HBV-DNA 直近の検査結果	コピー数： Log IU/mL
④ HCV 抗体	☐ 低 ☐ 中 ☐ 高 ☐ 不明 or 未検査 定性検査のみ実施の場合 ☐ 低、陰性(定性の－) ☐ 中、境界(定性の+-) ☐ 高、陽性(定性の+) ☐ 不明 or 未検査、検査歴不明もしくは未検査
⑤ HCV-RNA 直近の検査結果	コピー数： Log IU/mL

皮膚（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① BRAF 遺伝子 変異	☐ 陰性→②へ ☐ 陽性→②・③へ ☐ 判定不能→②へ ☐ 不明 or 未検査
② BRAF 遺伝子 変異 検査方法	☐ コバス BRAF V600 変異検出キット ☐ F1 CDx ☐ THxID BRAF キット ☐ MEBGEN BRAF キット ☐ その他 ☐ 不明
③ BRAF-type	☐ V600E ☐ V600K ☐ 判定不能 ☐ 不明

唾液腺癌（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① HER2 遺伝子 増幅度	☐ 陰性→②へ ☐ equivocal→②へ ☐ 陽性→②へ ☐ 判定不能→②へ ☐ 不明 or 未検査
② HER2 遺伝子 増幅度 検査方法	☐ ベンタナ DISH HER2 キット ☐ その他 ☐ 不明
③ HER2 タンパク	☐ 陰性→④へ ☐ 陽性→④へ ☐ 判定不能→④へ ☐ 不明 or 未検査
④ HER2 タンパク 検査方法	☐ ベンタナ ultraView パスウェーHER2(4B5) ☐ その他 ☐ 不明

甲状腺（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① RET 融合遺伝子	☐ 陰性→②へ ☐ 陽性→②へ ☐ 判定不能→②へ ☐ 不明 or 未検査
② RET 融合遺伝子 検査方法	☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ その他 ☐ 不明
③ RET 遺伝子変異	☐ 陰性→④へ ☐ 陽性→④へ ☐ 判定不能→④へ ☐ 不明 or 未検査
④ RET 遺伝子変異 検査方法	☐ オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx ☐ その他 ☐ 不明

胆道（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① FGFR2 融合遺伝子	☐ 陰性→②へ ☐ 陽性→②へ ☐ 判定不能→②へ ☐ 不明 or 未検査
② FGFR2 融合遺伝子 検査方法	☐ F1 CDx ☐ その他 ☐ 不明

膵臓（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① gBRCA1	☐ 陰性→②へ ☐ 陽性→②へ ☐ 判定不能→②へ ☐ 不明 or 未検査
② gBRCA1 検査方法	☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ その他 ☐ 不明
③ gBRCA2	☐ 陰性→④へ ☐ 陽性→④へ ☐ 判定不能→④へ ☐ 不明 or 未検査
④ gBRCA2 検査方法	☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ その他 ☐ 不明

前立腺（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① gBRCA1	☐ 陰性→②へ ☐ 陽性→②へ ☐ 判定不能→②へ ☐ 不明 or 未検査
② gBRCA1 検査方法	☐ F1 CDx ☐ F1 Liquid CDx ☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ その他 ☐ 不明
③ gBRCA2	☐ 陰性→④へ ☐ 陽性→④へ ☐ 判定不能→④へ ☐ 不明 or 未検査
④ gBRCA2 検査方法	☐ F1 CDx ☐ F1 Liquid CDx ☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ その他 ☐ 不明

卵巣／卵管（がん種が該当する場合必須）

項目	内容
① gBRCA1	☐ 陰性→②へ ☐ 陽性→②へ ☐ 判定不能→②へ ☐ 不明 or 未検査
② gBRCA1 検査方法	☐ F1 CDx ☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ myChoice 診断システム ☐ その他 ☐ 不明
③ gBRCA2	☐ 陰性→④へ ☐ 陽性→④へ ☐ 判定不能→④へ ☐ 不明 or 未検査
④ gBRCA2 検査方法	☐ F1 CDx ☐ BRACAnalysis 診断システム ☐ myChoice 診断システム ☐ その他 ☐ 不明
⑤ 相同組換え 修復欠損	☐ 陰性→⑥へ ☐ 陽性→⑥へ ☐ 判定不能→⑥へ ☐ 不明 or 未検査
⑥ 相同組換え 修復欠損 検査方法	☐ myChoice 診断システム ☐ その他 ☐ 不明

必須：エキスパートパネル開催前の薬物療法と有害事象

※2次治療以降は、これをコピーしてご記載ください
 ※薬物療法（化学療法、ホルモン療法、分子標的療法）を全てご記載ください

がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への登録や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。ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

1次治療から投与されたレジメン毎に記載をお願いいたします。

他院でおこなわれた薬物治療もわかる範囲でご記入をお願いします。

項目	内容
① 薬物療法実施の有無	☐ あり→②以降をご記載ください ☐ なし
② 承認薬併用治験への該当	☐ 該当しない ☐ 該当する
③ 投与開始日(最初の薬剤の投与日)	西暦 年 月 日
④ 投与終了日（最後の薬剤の投与日） または 継続中	西暦 年 月 日 または ☐ 継続中
⑤ 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 ☐ その他
⑥ レジメン名	
⑦ 薬剤名（一般名）	
⑧ 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
⑨ 実施目的	☐ 術前補助療法 ☐ 術後補助療法 ☐ 根治 ☐ 緩和 ☐ その他

⑩ レジメン内容変更情報 (薬剤投与開始後、レジメンに変更情報がある場合は 必須 です)	
⑪ 終了理由	☐ 計画通り終了 ☐ 無効中止 (⑪も必須記載) ☐ 副作用等で中止 (⑱も必須記載) ☐ 本人希望により中止 ☐ その他の理由で中止 ☐ 不明
⑫ 最良総合効果	☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD ☐ NE 評価していない、または不明の場合は「NE」を選択ください。
⑬ 非血液毒性の Ggrade3 以上有害事象の有無	☐ Grade3 以上なし ☐ Grade3 以上あり→⑭～⑯へ ☐ 不明
⑭ 発現日	西暦 年 月 日
⑮ 名称	日本語：
⑯ CTCAEv5.0 最悪 Grade	☐ Grade3 ☐ Grade4 ☐ Grade5 ☐ 不明
⑰ 「無効中止」の場合必須記載 画像診断日 または 臨床的増悪日	西暦 年 月 日
⑱ 「副作用等で中止」の場合必須記載 中止に至った有害事象の詳細	☐ あり→⑲・⑳へ ☐ 不明
⑲ 中止に至った有害事象名 (日本語)	
⑳ 最悪 Grade	☐ Grade1 ☐ Grade2 ☐ Grade3 ☐ Grade4 ☐ Grade5 ☐ 不明

放射線の治療歴について

項目	内容
治療開始日	西暦 年 月 日
治療終了日 または 継続中	西暦 年 月 日 または ☐ 継続中
RT 部位	☐ 脳 ☐ 髄膜 ☐ 皮膚 ☐ 頸部リンパ節 ☐ 胸腔内リンパ節 ☐ 腹腔内リンパ節 ☐ 鼠径リンパ節 ☐ 体表リンパ節 ☐ 甲状腺 ☐ 肺 ☐ 縦郭 ☐ 胸膜 ☐ 食道 ☐ 肝 ☐ 胃 ☐ 小腸 ☐ 結腸 ☐ 直腸 ☐ 肛門 ☐ 腎臓 ☐ 尿管・膀胱 ☐ 脾 ☐ 子宮 ☐ 卵巣 ☐ 精巣 ☐ 前立腺 ☐ 前立腺+精嚢 ☐ 腹膜 ☐ 骨 ☐ 胸椎 ☐ 骨髄 ☐ 副腎 ☐ 乳腺 ☐ 乳房 ☐ 脾臓 ☐ 骨盤内 ☐ 全身 ☐ その他 ☐ 咽頭 ☐ 膣 ☐ 頭頸部 ☐ 胸部 ☐ 下肢
RT 総量	Gy

ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。