C-CAT登録用_症例情報シート(固形癌)

薬剤（治験）適応を判断するために、臨床情報／薬物治療情報をがんゲノム情報管理センターに登録する必要があります。診療情報提供書に記載されている項目は、空白でかまいません。

項目		選択肢に〇、もしくは自由記載でお願いします。						
1	病院名							
2	担当医師名（フリガナ）							
3	問合せ先（メールアドレス）							
4	患者ID(貴施設)							
5	生年月日	西暦		年		月		日
7	臨床診断名							
8	初回治療前のステージ分類							
9	「がん」と診断する根拠となった検査実施日	西暦		年		月		日
10	喫煙歴有無	**あり　　なし**		ありの場合		年		本/日
11	アルコール多飲の有無	**多飲あり　　多飲なし**						
12	ECOG PS							
13	重複がんの有無（異なる臓器）	**あり　　なし**						
	ありの場合：	部位				活動性	**活動性・非活動性**	
	ありの場合：	発症年齢						
	病理診断名							
14	多発がんの有無（同一臓器）	**あり　　なし**						
	ありの場合：	発症年齢				部位		
	ありの場合：	**活動性・非活動性**						
15	既知の遺伝性疾患の有無	**あり　　なし**						
	既知の遺伝性疾患名							
16	家族歴有無	**あり　　なし**						
	ありの場合：	①	続柄		がん種（原発部位）		発症年齢	
		②	続柄		がん種（原発部位）		発症年齢	
		③	続柄		がん種（原発部位）		発症年齢	
		④	続柄		がん種（原発部位）		発症年齢	
		⑤	続柄		がん種（原発部位）		発症年齢	

17	登録時転移の有無	**あり　　なし**
	ありの場合：転移部位を記載してください	
18	**エキスパートパネル前の薬物療法の有無**	**あり　　なし**

エキスパートパネル前に薬物治療を行っている場合、ラインごとに治療について下記の記入をお願いします。

エキスパートパネル前に薬物治療を行っている場合、ラインごとに治療について下記の記入をお願いします。

1	**治療ライン**	**1次治療**					
2	**治療方針**	**保険診療　　その他**					
	＊治験の場合 承認薬併用治験への該当	**該当する　　該当しない**					
3	**治療目的**	**術前補助療法・術後補助療法・根治・緩和・その他**					
4	**実施施設**	**自施設　　他施設**					
5	**レジメン名**						
6	**薬物療法に使用した薬剤** **＊治験薬のみ（承認薬併用無しの治験）の場合は記入不要** **＊併用ありの場合は、承認薬を記入**		**商品名**		**一般名**		
		①					
		②					
		③					
		④					
7	**薬剤投与開始後のレジメン変更情報** **（ある場合に記入）** **＊治験薬のみの場合は記入不要**						
8	**薬剤投与開始日**	西暦		年		月		日
9	**薬剤投与終了について**	**終了　　継続中**					
10	終了の場合：終了年月日	西暦		年		月		日
11	終了理由	**計画通り終了、無効中止、副作用等で中止、 本人希望で中止、その他、不明**					
12	**最良総合効果**	**CR　PR　SD　PD　NE**					
13	**治療開始後に発生した非血液毒性の有害事象について**	**G3以上あり　G3以上なし　不明**					
14	ありの場合 ＊Gradeはその有害事象発症から回復・改善までの最悪Gradeを記載。 ＊G３以上であることは明白だが不明の場合は、「不明」と記載。	発症年月日	CTCAE v 5.0 有害事象		Term 日本語		最高 Grade

エキスパートパネル前に薬物治療を行っている場合、ラインごとに治療について下記の記入をお願いします。
２次治療以降は、このページをコピーして記載してください。

1	**治療ライン**	**次治療**					
2	**治療方針**	**保険診療　　その他**					
	＊治験の場合 承認薬併用治験への該当	**該当する　　該当しない**					
3	**治療目的**	**術前補助療法・術後補助療法・根治・緩和・その他**					
4	**実施施設**	**自施設　　他施設**					
5	**レジメン名**						
6	**薬物療法に使用した薬剤** **＊治験薬のみ（承認薬併用無しの治験）の場合は記入不要** **＊併用ありの場合は、承認薬を記入**		**商品名**		**一般名**		
		①					
		②					
		③					
		④					
7	**薬剤投与開始後のレジメン変更情報** **（ある場合に記入）** **＊治験薬のみの場合は記入不要**						
8	**薬剤投与開始日**	西暦		年		月		日
9	**薬剤投与終了について**	**終了　　継続中**					
10	終了の場合：終了年月日	西暦		年		月		日
11	終了理由	**計画通り終了、無効中止、副作用等で中止、 本人希望で中止、その他、不明**					
12	**最良総合効果**	**CR　PR　SD　PD　NE**					
13	**治療開始後に発生した非血液毒性の有害事象について**	**G3以上あり　G3以上なし　不明**					
14	ありの場合 ＊Gradeはその有害事象発症から回復・改善までの最悪Gradeを記載。 ＊G３以上であることは明白だが不明の場合は、「不明」と記載。	発症年月日	CTCAE v 5.0 有害事象		Term 日本語		最高 Grade