

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

* 唾液腺がん、甲状腺がん、肺がん、乳がん、食道・胃・腸のがん、肝がん、胆道がん、膵がん、皮膚がん、前立腺がん、
卵巣・卵管がんはそれぞれのがん用シートに記載いたします。

医療機関名:()/□埼玉医科大学総合医療センター

診療科名:()科 医師名:()E-mail(院外の場合必須):

連絡先電話番号 () /□埼玉医科大学総合医療センター内線()

対象となる患者さん(以下の条件をすべて満たす)

- 既にかんがの病理診断が確定している
 - 臨床的に、2ヶ月後に新たながん治療を行うことが可能と推測できる
- * 上記条件を満たさない患者さんの場合は、患者さんや主治医の先生との個別のご相談となります。

患者ID (紹介施設ID)	氏名 (ふりがな)	性別	生年月日 (年齢)
	()	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	西暦 年 月 日 ()歳

希望パネル	<input type="checkbox"/> NCC OncoPanel <input type="checkbox"/> F1CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid CDx <input type="checkbox"/> 希望なし(ゲノム診療科に一任)
既実施のパネル検査	<input type="checkbox"/> 有 パネル名() <input type="checkbox"/> 無
がん種区分 (病理診断がついてい る原発臓器をチェック してください。)	<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"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> その他()
検査に使用できる 病理検体	<input type="checkbox"/> 有 病理番号() 組織採取日(西暦 年 月 日) 種別 <input type="checkbox"/> ホルマリン固定パラフィン包埋標本(FFPE) <input type="checkbox"/> 新鮮凍結 <input type="checkbox"/> その他() 採取方法 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 検体採取部位 <input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明 具体的な検体採取部位 <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 <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"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 組織検体無し
当該がんの診断日	西暦 年 月 日
FoundationOneLiq uid希望理由 (Liquid希望時)	<input type="checkbox"/> がん組織の病理検体が、採取から3年以上経過しているため、DNAの質ががんゲノムプロ ファイリング検査の適格基準を満たさない可能性があり、且つ、新たな生検が医学的に困難。 <input type="checkbox"/> がん組織の病理検体組織量が少ないため、DNAの量ががんゲノムプロファイリング検査の適 格基準を満たさない可能性があり、且つ、新たな生検が医学的に困難。 <input type="checkbox"/> 固形腫瘍の腫瘍細胞検体で実施した保険診療がんゲノムプロファイリング検査において、検 体不良にて結果が得られなかった。

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver.4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

患者背景

病理診断名	()
初回治療前のステージ	<input type="checkbox"/> :0期; <input type="checkbox"/> :I期; <input type="checkbox"/> :II期; <input type="checkbox"/> :III期; <input type="checkbox"/> :IV期; <input type="checkbox"/> :該当せず; <input type="checkbox"/> :不明
診断日	西暦 年 月 日
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日 x 年) <input type="checkbox"/> 不明
多量飲酒歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 *1日60g以上のアルコール量:例:5%ビール1500ml以上 日本酒15%3合以上
移植歴・輸血歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 心臓 heart transplantation <input type="checkbox"/> 肺 lung transplantation <input type="checkbox"/> 肝 liver transplantation <input type="checkbox"/> 膵 pancreas transplantation <input type="checkbox"/> 腎 kidney transplantation <input type="checkbox"/> 小腸 small bowel transplantation <input type="checkbox"/> 角膜 corneal transplantation <input type="checkbox"/> その他・不明 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 hematopoietic stem cell transplant <input type="checkbox"/> 輸血 blood transfusion (2ヶ月以内の場合 最終輸血日: 年 月 日) (<input type="checkbox"/> 赤血球 red blood cells <input type="checkbox"/> 血小板 platelet products <input type="checkbox"/> 血漿 plasma derivatives <input type="checkbox"/> 全血 whole blood products <input type="checkbox"/> 不明)
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明
重複癌の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
重複癌の部位	<input type="checkbox"/> 中枢神経系 <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 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <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"/> 皮下 <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"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他()
重複がんの活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
多発がんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
多発がんの活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明
紹介時転移の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
転移の部位	<input type="checkbox"/> 中枢神経系 <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 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 虫垂 <input type="checkbox"/> 大腸 <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"/> 皮下 <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"/> 骨髄系 <input type="checkbox"/> リンパ系 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他()

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

固形がん共通

NTRK1/2/3 融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
NTRK1/2/3 融合遺伝子-検査方法	<input type="checkbox"/> 1:F1 CDx; <input type="checkbox"/> 2:F1Liquid CDx; <input type="checkbox"/> 8:その他; <input type="checkbox"/> 9:不明
マイクロサテライト不安定性(MSI 検査)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未検査
MSI 検査-検査方法	<input type="checkbox"/> 1:MSI 検査キット(FALCO); <input type="checkbox"/> 2:F1 CDx; <input type="checkbox"/> 3:G360CDx1; <input type="checkbox"/> 4:Idylla MSI Test「ニチレイバイオ」; <input type="checkbox"/> 8:その他; <input type="checkbox"/> 9:不明
ミスマッチ修復機能	<input type="checkbox"/> 0:pMMR(正常); <input type="checkbox"/> 1:dMMR(欠損); <input type="checkbox"/> 8:判定不能; <input type="checkbox"/> 9:不明 or 未検査
ミスマッチ修復機能-検査方法	<input type="checkbox"/> 1:ベンタナ OptiView 2 抗体(MSH6、PMS2); <input type="checkbox"/> 2:ベンタナ OptiView 4 抗体(MSH2、MSH6、MLH1、PMS2); <input type="checkbox"/> 8:その他; <input type="checkbox"/> 9:不明
腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> 1:TMB-High(TMB スコアが 10mut/Mb 以上); <input type="checkbox"/> 8:その他; <input type="checkbox"/> 9:不明 or 未検査
腫瘍遺伝子変異量-検査方法	<input type="checkbox"/> 1:F1 CDx; <input type="checkbox"/> 8:その他; <input type="checkbox"/> 9:不明

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	1次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	2次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	3次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	4次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	5次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	6次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	7次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	8次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

がんパネル検査 患者紹介シート その他の固形がん用 ver4.0

患者ID (紹介施設ID)	氏名

レジメン	9次治療 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> その他()	
薬物療法の実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他	
実施施設	<input type="checkbox"/> 埼玉医科大学総合医療センター <input type="checkbox"/> その他	
レジメン名		
薬剤名 治験薬の場合は 「Investigational Agent」 と記載してください	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
	()	; <input type="checkbox"/> 保険適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認)
投与開始日	西暦 年 月 日	
投与終了日	<input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中	
終了理由(非必須)	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象名()	
副作用中止の場合	中止に至った有害事象最悪 Grade <input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	
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	
Grade3以上の有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
Grade3以上の有害事象の発現日	西暦 年 月 日	
Grade3以上の有害事象の名称(日本語)	CTCAEv5.0 名称 ()	
Grade3以上の有害事象の最悪 Grade	<input type="checkbox"/> Grade3 <input type="checkbox"/> Grade4 <input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明	

