

## 琉球大学病院「がんゲノム医療外来」への紹介方法について（Ver.5.2）

## 1 「がんゲノム医療外来」

毎週水曜日（2020年7月1日（水）開設）

## 2 開設場所

琉球大学病院内科外来（外来棟 2 階）

## 3 担当医

琉球大学病院がんセンター 増田昌人（がん薬物療法専門医・指導医）

## 4 対象患者

「がん遺伝子パネル検査」のみを目的として紹介された患者

具体的には、資料 1 の患者チェックリストをすべて満たしている患者

\*従来の精査、診断、治療目的のがん患者の紹介は対象外です。

\*いわゆる「コンパニオン診断」のための紹介は対象外です。

\*例外 前立腺がんは当院腎泌尿器外科と直接やりとりして下さい。

## 5 外来の内容

(1) 1 回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」に関する説明と同意を行います。水曜日の午後の完全予約制です。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3~5 名が同席していただきます。おおよそ 1 時間を想定しています。

(2) 2 回目の外来は、琉球大学病院遺伝カウンセリング外来（毎週金曜日）にて、プレ遺伝カウンセリングを受けていただきます。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3~5 名が同席していただきます。おおよそ 30 分を想定しています。

(3) 3 回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」の結果の説明を行います。水曜日の午後の完全予約制です。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3~5 名が同席していただきます。おおよそ 1 時間を想定しています。

※当院における COVID-19 感染対策のため、当面の間（今年度中）は外来受診は 3 名までとしています。ご協力をお願いします。

## 6 紹介の具体的な手続き

通常の紹介患者と同様に、各医療機関の医療連携室等から、琉球大学病院医療福祉支援センター（シエント）を通じて予約を取って下さい（資料 2）

## 7 紹介時に準備していただくもの

資料 1 を参照

## 8 この文書についての連絡先

琉球大学病院 がんセンター

T E L : 098-895-1369

F A X : 098-895-1497

## 琉球大学病院「がんゲノム医療外来」紹介のための 事前チェックリスト (Ver. 5.2)

- 以下のいずれかを満たしている
- (1) 標準治療がない固形がん患者 (希少がん、原発不明がんなど)
  - (2) 局所進行もしくは転移が認められ、標準治療が終了となった固形がん患者
  - (3) 局所進行もしくは転移が認められ、標準治療の終了が見込まれる固形がん患者
- 他院を含め、過去に「がん遺伝子パネル検査」を受けたことがない
- 経口摂取が可能である
- Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)が定めている Performance Status(PS)が 0~1 である
- 生命予後が 3 か月以上あると推定される
- 「がん遺伝子パネル検査」実施 3 か月後に、造血能や臓器機能が維持され、がん薬物療法が可能である
- 治療を行う医療機関への外来通院が可能である
- \*治療する場合は、本土の医療機関となる可能性が高いと思われます
- 3 回にわたる外来受診時に、その都度、患者さん (必須) とそのご家族 (または信頼できるご友人等) の合計 3~5 名が同席することが可能である (現在は COVID-19 感染対策のため、3 名としています)
- 紹介した患者のエキスパネルの際は、施設責任者または主治医が陪席することができる。
- (エキスパネルは毎週月曜日 16:00~琉球大学病院 3 階地域医療部カンファレンスルームで開催)
- 当院がんセンターより連絡した検査結果の説明のための琉球大学病院の外来予約日程を、貴院から患者さんへ連絡することができる。
- 検査結果の説明後の患者さんの治療内容や転帰情報を、琉球大学病院がんセンターへ報告することができる。
- 以下の書類がすべて揃っている
- 1.事前チェックリスト
  - 2.診療情報提供書 (貴院の書式で結構です)
    - (1) ①正式・正確な臨床診断名、②病理学的診断名、③臨床病期(cStage)、④病理学的病期(pStage)を正確に記載、(2) 診断根拠を明確に記載、(3) 経過は箇条書きで記載
  - 3.病理診断書のコピー (重複がんの時はそのがんに対する病理診断のコピーも添付)
    - \*これまでの病理学的検査結果報告書のすべてのコピーを添付して下さい。
  - 4.エキスパネル開催前 臨床情報 (資料 3) (直接入力のみ)
  - 5.エキスパネル開催前 検体情報 (資料 4) (直接入力のみ)
  - 6.エキスパネル開催前 薬物療法詳細一覧と有害事象一覧 (資料 5) (直接入力のみ)
- FoundationOne®Liquid CDx の場合は以上となります。
- FoundationOne® CDx (病理検体を用いての検査) の場合
- 以下の書類及び物品を琉球大学病院 医療福祉支援センターまで郵送している
1. 検査用の検体に対する病理診断書のコピー
    - \*①検体採取日、②検体採取方法、③採取臓器が明記されているかを事前に確認
    - \*明記されていない場合は、主治医が別紙に①~③を明記した文書を添付する
  2. 検査用の検体 (病理検体のみ)
    - (1) HE 染色スライド 2 枚 ※HE 染色スライドにはそれぞれ病院名を記入して下さい。
    - (2) 未染色スライド 25 枚
      - \*スライドには検体番号を必ずご記入お願いします。
      - \*提出したスライドは返却できません。
      - \*切り出し前の標本 (ブロック) は取り扱っていません。必ず上記 (1) (2) をご用意ください。

チェックした日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 チェックした病院代表医師名 \_\_\_\_\_ (自署)

申込日 平成 年 月 日

琉球大学医学部附属病院

医療福祉支援センター シェント

送信先 (FAX) 098-895-1498

## 紹介患者・予約 申込書 (FAX 送信票)

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信して下さい。

紹介元	医療機関名 _____	診療科 _____
	担当医師 _____	TEL _____
	申込担当者名 _____	FAX _____
診療依頼	診療科 (専門外来)	診療科 [ _____ 科 (専門外来 _____ 科)]
	担当医師	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 医師指定 ( _____ 医師)
	受診希望日	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1週間以降でも可 [特に希望のある日: _____ 月 _____ 日 ] ※外来表を参照して下さい。 ※医師や受診希望日については、ご希望に添えない場合がございます。
	紹介目的疾患名 (必ずご記入ください)	

## 紹介患者基本データ

(保険証又はカルテのコピーをFAXしていただける場合は、※印のみ記入して下さい。)

フリガナ		性別	被保険者氏名	続柄
患者氏名		男・女		
生年月日	明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)			
住所	〒 _____			
電話番号	TEL ( _____ - _____ )			
保険情報	保険者番号	_____	公費負担者番号	_____
	記号	_____	公費負担医療の受給者番号	_____
	番号	_____	公費負担者番号	_____
	開始日	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	公費負担医療の受給者番号	_____
	終了日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	国民保険の場合の個人負担割合	_____ 割	老人保険の場合の個人負担割合	_____ 割
※ 当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号 _____ - _____ )			

■ FAX 受付時間 平日9:00~15:00 (土日・祝日・年末年始は除く)

□専用FAX 098-895-1498

□専用TEL 098-895-1371

琉球大学医学部附属病院 医療福祉支援センター シェント

## エキスパートパネル開催前 臨床情報 ( Ver.5.2 )

1. エキスパートパネル(EP)の開催時に、以下の形式の臨床情報が必要となります。  
正確な記載をお願いします。
2. 特に血縁者におけるがん発生の状況は確実に問診を行い、正確な記述をお願いします。
3. 家族歴については、4 枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。

項目	内容
病理診断名	<input type="text"/> * 最新のがん取り扱い規約に則り、正確な診断名を記入してください。 例) 浸潤性乳管癌
診断日	(西暦) 2001/01/01 * 正確な診断日をご記入ください。
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 喫煙年数 <input type="text"/> 年 1 日の本数 <input type="text"/> 本
アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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
重複がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: <input type="text"/> * 最新のがん取り扱い規約に則り、正確な診断名を記入してください。 * 診断根拠となった病理報告書のコピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 不明
多発がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 不明

### 家族歴 (血縁者におけるがんの発生について)

なし あり 不明

家族歴詳細①: 続柄  選択してください。 罹患年齢  選択してください。 がん種  選択してください。

家族歴詳細②: 続柄  選択してください。 罹患年齢  選択してください。 がん種  選択してください。

家族歴詳細③: 続柄  選択してください。 罹患年齢  選択してください。 がん種  選択してください。

家族歴詳細④: 続柄  選択してください。 罹患年齢  選択してください。 がん種  選択してください。

家族歴詳細⑤: 続柄  選択してください。 罹患年齢  選択してください。 がん種  選択してください。

家族歴詳細⑥: 続柄  選択してください。 罹患年齢  選択してください。 がん種  選択してください。

家族歴詳細⑦: 続柄  選択してください。 罹患年齢  選択してください。 がん種  選択してください。

登録時転移	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <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"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他
肺がん症例	EGFR : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 EGFR-type: <input type="radio"/> G719 <input type="radio"/> exon-19 決失 <input type="radio"/> S768I <input type="radio"/> T790M <input type="radio"/> exon-20 挿入 <input type="radio"/> L858R <input type="radio"/> L861Q <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明 EGFR-検査方法: <input type="radio"/> cobasV2 <input type="radio"/> therascreen <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明 EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 ALK 融合 : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 ALK 検査方法 : <input type="radio"/> IHCのみ <input type="radio"/> FISHのみ <input type="radio"/> IHC+FISH <input type="radio"/> RT-PCRのみ <input type="radio"/> RT-PCR+FISH <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明 ROS-1: <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 BRAF(V600) : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 PD-L1(IHC) : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 PD-L1(IHC) : 検査方法 <input type="radio"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="radio"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明 陽性率 : <input type="text"/> % アスベスト暴露歴 : <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
乳がん症例	HER2(IHC) : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陰性(1+) <input type="radio"/> 境界域(2+) <input type="radio"/> 陽性(3+) <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 HER2(FISH) : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> equivocal <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 ER : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 PgR : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 gBRCA1 : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査 gBRCA2 : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査

食道がん、 胃がん、 小腸がん、 大腸がん症例	KRAS : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
	KRAS-type : <input type="radio"/> codon12 <input type="radio"/> codon13 <input type="radio"/> codon59 <input type="radio"/> codon61 <input type="radio"/> codon117 <input type="radio"/> codon146 <input type="radio"/> 不明
	KRAS 検査方法 : <input type="radio"/> PCR-rSSO 法 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明
	NRAS : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
	NRAS-type : <input type="radio"/> codon12 <input type="radio"/> codon13 <input type="radio"/> codon59 <input type="radio"/> codon61 <input type="radio"/> codon117 <input type="radio"/> codon146 <input type="radio"/> 不明
	NRAS 検査方法 : <input type="radio"/> PCR-rSSO 法 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明
	HER2 : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陰性(1+) <input type="radio"/> 境界域(2+) <input type="radio"/> 陽性(3+) <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
	EGFR(IHC) : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
	BRAF(V600) : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
肝がん症例	HBsAg : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
	HBs 抗体 : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
	HBV-DNA(コピ-数 <input type="text"/> )
	HCV 抗体 : <input type="radio"/> 低 <input type="radio"/> 中 <input type="radio"/> 高 <input type="radio"/> 不明 or 未検査
	HCV-RNA (コピ-数 <input type="text"/> )
皮膚がん症例	BRAF(V600) : <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明 or 未検査

\* コンパニオン診断の項目および結果の記載方法についてはC-CAT 側により頻回の改訂があるため、その都度順次改訂していく予定です。

## エキスパートパネル開催前 検体情報 ( Ver.5.2 )

直接入力用

## ・検査に提出する検体

項目	内容
検査区分	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 保険外
検査種別	<input type="checkbox"/> FoundationOne®CDx <input type="checkbox"/> FoundationOne®Liquid CDx
検体種別	<input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> 新鮮凍結 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他 検体の保存方法の詳細
検体採取日 (腫瘍組織)	<input type="text"/>
検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 腫瘍組織を採取した方法の詳細 <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"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他

**エキスパートパネル開催前 薬物療法詳細一覧と有害事象一覧 (Ver.5.2) ( / )**

1. エキスパートパネル(EP)の開催時に薬物療法の情報が必要となります。  
これまでに投与したレジメンすべてについて、正確な記載をお願いします。
2. 右上に○/△(総枚数)の形式で記入してください。
3. 2枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。
4. 薬剤名は必ず実際に使用した一般名の記入をお願いします。
5. 患者に生じた“非血液毒性のうち”薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床上的の経過に対して影響を及ぼした重篤な有害事象(目安として Grade3 以上)を有害事象として定義しておりますので、血液毒性に関してはご入力不要です。

**薬物療法 (EP前)**薬物療法実施の有無  なし  あり

レジメン内容 1

※ 治験の場合は治療方針で「企業治験」または「医師主導治験」を選択して下さい。

治療方針  企業治験  医師主導治験  先進医療  患者申出治療  
 保険診療  その他治療ライン  1次治療  2次治療  3次治療  4次治療  
 5次治療以降  不明実施目的  術前補助療法  術後補助療法  根治  緩和  その他実施施設  自施設  他施設

レジメン名

薬剤 1

※ 下記の欄に正確な商品名を記載して下さい。

薬剤名 (一般名)

薬剤名 (商品名)

薬剤 2

薬剤名 (一般名)

薬剤名 (商品名)

薬剤 3

薬剤名 (一般名)

薬剤名 (商品名)

レジメン内容変更情報

投与開始日  (日付・曖昧指定可)投与終了日  (日付・曖昧指定可) 継続中

終了理由

 計画通り修了  無効中止  副作用等で中止 本人希望により中止  その他理由で中止  不明

最良総合効果

 CR  PR  SD  PD  NE



## 有害事象（EP前）

Grade 3以上の有害事象の有無 Grade3以上なし Grade3以上あり 不明

※Grade 3以上の血液毒性は必須ではありません。

有害事象 1

発現日	<input type="text"/>	(日付・曖昧指定可)
CTCAEv5.0		
名称日本語	<input type="text"/>	(日付・曖昧指定可)
名称英語	<input type="text"/>	(日付・曖昧指定可)
コード	<input type="text"/>	(日付・曖昧指定可)
最悪 Grade	<input type="radio"/> Grade3 <input type="radio"/> Grade4 <input type="radio"/> Grade5 <input type="radio"/> 不明	

**エキスパートパネル開催後 薬物療法と有害事象 ( Ver.5.2 )**

直接入力用

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の薬物療法が必要となります。

正確な記載をお願いします。

**薬物療法 (EP後)**

レジメン内容 1

エキスパートパネル開催日

EPの結果治療薬の選択肢が提示された はい いいえ提示された治療薬を投与した 投与した 投与しなかった 不明

(他院で投薬した場合を含む)

※**投与しなかった**を選択した場合は次頁の提示された治療薬を投与しなかった理由のみ入力をおねがいます。※**治験の場合は治療方針で「企業治験」または「医師主導治験」を選択して下さい。**治療方針 企業治験 医師主導治験 先進医療 患者申出治療保険診療 その他治療ライン 1次治療 2次治療 3次治療 4次治療5次治療以降 不明実施施設 自施設 他施設

レジメン名

身長

(cm)

体重

(kg)

薬剤 1

薬剤名 (一般名)

薬剤名 (商品名)

(初回)投与量

単位

mg/body mg/m<sup>2</sup> mg/kg lu/body経口 静注 点滴静注射 皮下 筋注 動注 その他

薬剤 2

レジメン内容変更情報

投与開始日

(日付・曖昧指定可)

投与終了日

(日付・曖昧指定可)

継続中

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により中止 死亡中止 その他理由で中止 不明

最良総合効果

CR PR SD PD NE

## 有害事象（E P後）

増悪確認日  （日付・曖昧指定可）

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

※Grade 3 以上の血液毒性は必須ではありません。

### 有害事象 1

発現日  （日付・曖昧指定可）

#### CTCAEv5.0

名称日本語  （日付・曖昧指定可）

名称英語  （日付・曖昧指定可）

コード  （日付・曖昧指定可）

最悪 Grade  Grade3  Grade4  Grade5  不明

### 提示された治療薬を投与しなかった理由

- 提示された治療薬以外の化学療法を行った
- 患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった
- 患者の経済的事情により化学療法ができなかった
- 患者の前身の状態不良により化学療法ができなかった
- 患者が化学療法を希望しなかった
- 死亡
- その他・不明

**エキスパートパネル開催後 転帰情報 ( Ver.5.2 )**

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の転帰情報が必要となります。  
正確な記載をお願いします。

**転帰情報**

転帰                    生存 死亡 不明もしくは追跡不可  
最終生存確認日     (日付・曖昧指定可)  
死亡日                 (日付)  
死因                   原病死 他部位のがん死 他病死 不明

がん遺伝子パネル検査数

2019年                  2020年                  2021年                  2022年

第一内科	0	3	3	0
第二内科	0	0	0	0
第一外科	0	9	1	1
第二外科	0	0	0	0
脳神経外科	0	0	0	0
整形外科	0	0	0	0
産科婦人科	1	7	3	1
小児科	0	5	2	0
皮膚科	0	0	0	0
腎泌尿器外科	0	4	8	2
耳鼻咽喉科	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	0
がんセンター	0	26	37	7
合計	1	54	54	11

コンパニオン診断

産科婦人科 4名 (2022年3/30: 2件、5/6: 1件、5/19: 1件、)

皮膚科 1名 (2022年4/18)

