

C-CAT登録用症例情報シート（がん種区分：食道/胃・腸）

項目	記入、もしくは該当項目に○をつけてください						
記載医師名（フリガナ）							
病院名							
問合せ先（メールアドレス）		@					
患者氏名							
生年月日	(西暦)		年		月		日
C-CAT登録歴	あり / なし						
ありの場合	C-CAT登録ID（10桁）： EC						
臨床診断名							
「がん」と診断する根拠となった検査実施日	(西暦)		年		月		日
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						
重複がんの有無（異なる臓器）	なし / あり / 不明						
ありの場合：	原発部位						
病理診断名							
活動性	活動性	/	非活動性	/	不明	発症年齢	歳
多発がんの有無（同一臓器）	なし / あり / 不明						
活動性	活動性	/	非活動性	/	不明	発症年齢	歳
既知の遺伝性疾患の有無	なし / あり / 不明						
ありの場合、既知の遺伝性疾患名							
登録時転移の有無	なし / あり / 不明						
ありの場合：部位							
NTRK1/2/3融合遺伝子	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査						
NTRK1/2/3融合遺伝子－検査方法	F1CDx / F1LiquidCDx / その他 / 不明						
マイクロサテライト不安定性	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査						
マイクロサテライト不安定性－検査方法	MSI検査キット（FALCO） / F1CDx / G360CDx / Idylla MSI test / その他 / 不明						
ミスマッチ修復機能	pMMR(正常) / dMMR(欠損) / 判定不能 / 不明or未検査						
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						
腫瘍遺伝子変異量	TMB-High(TMBスコアが10mut/Mb以上) / その他 / 不明or未検査						
腫瘍遺伝子変異量－検査方法	F1 CDx / その他 / 不明						

【食道、胃 腸（十二指腸除く）】

KRASについて	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
陽性の場合：KRAS-type	codon12 / codon13 / codon59 / codon61 / codon117 / codon146 / 不明
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
NRAS検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
陽性の場合：NRAS-type	codon12 / codon13 / codon59 / codon61 / codon117 / codon146 / 不明
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
HER2について	陰性 / 陰性(1+) / 境界域(2+) / 陽性(3+) / 判定不能 / 不明or未検査
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
境界域の場合 HER2遺伝子増幅(FISH法)	パスビジョンHER-2 DNAプローブキット / その他 / 不明or未検査
EGFR (IHC)について	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
BRAF(V600)について	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
BRAF(V600)-検査方法	MEBGEN RASKET-B キット / theascreen / その他 / 不明

エキスパートパネル前の薬物療法の有無	あり / なし
--------------------	---------

「あり」の場合は次ページに薬物療法の内容を記載してください。

↓ライン毎にコピーして記載をお願いします。

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						
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						
* 治験の場合 承認薬併用治験への該当	該当しない / 該当する						
治療目的	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（アルファベット）							
薬物療法に使用した薬剤		商品名			一般名		
* 治験薬のみ（承認薬併用無しの治験） の場合は記入不要	①						
* 併用ありの場合は、承認薬を記入	②						
	③						
	④						
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							
薬剤投与開始日	(西暦)		年		月		日
薬剤投与終了について	終了 / 継続中						
終了の場合：終了年月日	(西暦)		年		月		日
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人の希望により中止 / その他(上記以外の)理由で中止 / 不明(上記に該当せず、中止理由が不明)						
増悪確認日（無効中止の場合）	(西暦)		年		月		日
最良総合効果	CR / PR / SD / PD / NE						
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						
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について記載。 * G3 以上であることは明白だが不明の場合は、「不明」を記載する。						
※「副作用で中止」の場合は中止に至った有害事象 が以下にあれば☑でチェックする↓	発症年月日	CTCAE v 5.0 有害事象			Term 日本語		最高 Grade
☐							
☐							
☐							
☐							