

がん遺伝子パネル検査実施における症例情報（皮膚）

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	
病院（施設）名	
問い合わせ先（メールアドレス）	@
患者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生
「がん」と診断する根拠となった検査実施日	西暦 年 月 日
C-CAT登録歴	あり / なし C-CAT登録ID（10桁）：
BRAF(V600) 検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
重複がん有無（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
多発がん有無（同一臓器）	なし / あり / 不明
ありの場合：原発部位	
活動性	活動性 / 非活動性 / 不明
登録時転移の有無	なし / あり / 不明
ありの場合：部位	

*** 治療ラインごとにコピーして記入してください。**

治療ライン	次 治療		
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（アルファベット）			
薬物療法に使用した薬剤 *一般名の記載のみ必須となりましたが、後発品を区別したいのでできる限り商品名の記載をお願いします。	商品名	一般名	
薬剤投与開始後のレジメン変更情報 (ある場合に記入)			
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/ 本人希望により中止 / その他理由で中止 / 不明（上記に該当せず、中止理由が不明）		
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以上なし / G3以上あり / 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について選択。 * G3以上であることは明白だが不明の場合は、「不明」を選択する。	発症年月日	CTCAE v 5.0有害事象	最高Grade