

## がん遺伝子パネル検査実施における症例情報（乳腺）

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）：
HER2(IHC)検査結果	陰性 / 陰性(1+) / 境界域(2+) / 陽性(3+) 判定不能 / 不明or未検査
HER2(FISH)検査結果	陰性 / equivocal / 陽性 / 判定不能 不明or未検査
ER検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
PgR検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
gBRCA1検査結果	陰性 / 陽性 / 判定不能 / 不明or未検査
gBRCA2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		
治療方針	企業治験 / 医師主導治験 / 先進医療 患者申出制度 / 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(承認薬の併用あり) / 該当しない(治験薬のみ使用)		
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	商品名	一般名	
* 後発品を区別したいのでできる限り詳細に商品名の記載をお願いします。  * 治験薬のみの場合は「治験」と記載  * 治験で承認薬を含む場合は承認薬のみ記載	(例)カルボプラチン点滴静注液450mg 「NK」	カルボプラチン	
薬剤投与開始後のレジメン変更情報			
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	発症年月日	CTCAE v 5.0有害事象	最高Grade
* 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。			