

病院御中

提供元病院： _____

担当者： _____

作成日： _____

エキスパートパネル開催前 臨床情報

エキスパートパネルの開催時に臨床情報が必要となります。

初診時にいただきました紹介状に記載された臨床情報に追加をお願いいたします。

初診時の紹介状を作成される際に、下記フォームを使用いただければ、紹介上の記載は簡易な記載で問題ありません。

紹介状で記載	項目	内容
<input type="checkbox"/>	がん種区分（肺、胃、大腸、乳房など）	
<input type="checkbox"/>	これまで登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	過去の登録 ID	
<input type="checkbox"/>	症例関係区分（過去の登録 ID がある時）	<input type="checkbox"/> 症例関係区分
<input type="checkbox"/>	小児がん等	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
<input type="checkbox"/>	病理診断名（腺癌、扁平上皮癌など）	
<input type="checkbox"/>	診断日	(西暦) 年 月 日
<input type="checkbox"/>	喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 喫煙年数 年 1日の本数 本
<input type="checkbox"/>	アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	重複がん	<input type="checkbox"/> 有 (部位： , 活動性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	多発がん	<input type="checkbox"/> 有 (活動性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	家族歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 家族歴詳細①：

		続柄 <input type="text" value="続柄①"/> がん種 <input type="text" value="がん種① (その他の場合:)"/> 罹患年齢 <input type="text" value="罹患年齢①"/> 家族歴詳細②： 続柄 <input type="text" value="続柄②"/> がん種 <input type="text" value="がん種② (その他の場合:)"/> 罹患年齢 <input type="text" value="罹患年齢②"/> 家族歴詳細③： 続柄 <input type="text" value="続柄③"/> がん種 <input type="text" value="がん種③ (その他の場合:)"/> 罹患年齢 <input type="text" value="罹患年齢③"/>
<input type="checkbox"/>	登録時転移	<input type="checkbox"/> 有 (部位: <input)<br="" type="text" value="転移① 転移② 転移③ 転移④ 転移⑤"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	肺がん症例	EGFR: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		EGFR-type:EGFR-Type
<input type="checkbox"/>		EGFR-検査方法:EGFR検査方法
<input type="checkbox"/>		EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>		ALK 融合: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		ALK 検査方法: ALK検査方法
<input type="checkbox"/>		ROS-1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		BRAF(V600): <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		PD-L1(IHC): IHC
<input type="checkbox"/>		PD-L1(IHC)陽性率: %
<input type="checkbox"/>		アスベスト暴露歴: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	乳がん症例	HER2(IHC): IHC
<input type="checkbox"/>		HER2(FISH): FISH
<input type="checkbox"/>		ER: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		PgR: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		gBRCA1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		gBRCA2: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>	食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例	KRAS 変異: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		KRAS-type: Type
<input type="checkbox"/>		KRAS 検査方法: <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法、 <input type="checkbox"/> その他、 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>		NRAS 変異: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		NRAS-type: Type
<input type="checkbox"/>		NRAS 検査方法: <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>		HER2(IHC): IHC強度

<input type="checkbox"/>		EGFR(IHC) : IHC強度
<input type="checkbox"/>		BRAF(V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>	肝がん症例	HBsAg : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		HBs 抗体 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		HBV-DNA(コピー数)
<input type="checkbox"/>		HCV 抗体 : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
<input type="checkbox"/>		HCV-RNA (コピー数)
<input type="checkbox"/>		皮膚がん症例

ご協力ありがとうございました。