

CRFフォーム（紹介時）

テンプレート 種別	グループ 大分類名称	必須入力	入力項目名	選択肢			
症例 基本情報	患者 基本情報		病院区分	奈良県立医科大学附属病院（がんゲノム医療拠点病院）			
		必須	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 不明	
		必須	生年月日	西暦	年	月	日
		必須	年齢	歳			
		必須	移植歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		必須	診断名	がん種・組織型			
		必須	臨床病期	<input type="checkbox"/> stage I	<input type="checkbox"/> stage II	<input type="checkbox"/> stage III	<input type="checkbox"/> stage IV
				<input type="checkbox"/> 該当なし			
		必須	これまで登録の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
		非必須	過去の登録ID				
	非必須	症例関係区分	<input type="checkbox"/> 重複がん	<input type="checkbox"/> 前医からの 転院フォロー	<input type="checkbox"/> 前医実施後 再検査	<input type="checkbox"/> その他	
	必須	がん種 情報	がん種区分	<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳	<input type="checkbox"/> 末梢神経	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 眼
				<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 胸腺
				<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 食道/胃	<input type="checkbox"/> 腸	<input type="checkbox"/> 十二指腸 乳頭部
<input type="checkbox"/> 腹膜				<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆道	<input type="checkbox"/> 膵臓	
<input type="checkbox"/> 副腎				<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 膀胱/尿路	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	
<input type="checkbox"/> 子宮				<input type="checkbox"/> 子宮頸部	<input type="checkbox"/> 外陰部/膣	<input type="checkbox"/> 前立腺	
<input type="checkbox"/> 精巣				<input type="checkbox"/> 陰茎	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 軟部組織	
<input type="checkbox"/> 骨				<input type="checkbox"/> リンパ球他	<input type="checkbox"/> 骨髄		
<input type="checkbox"/> その他				その他：具体的ながん種区分 ()			

奈良県立医科大学附属病院 記入欄

C-CAT登録ID： E C					
検査区分	<input type="checkbox"/>	保険	連携病院での担当医師名	診療科：	主治医：
検査種別	<input type="checkbox"/>	F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 CDx liquid	患者識別ID：	カルテID：
腫瘍細胞含有割合：			%	病理検体番号：	未染色スライド枚数： ※出検時、病理部へ確認します

CRFフォーム（紹介時）

テンプレート 種別	グループ 大分類名称	必須入力	入力項目名	選択肢				
検体情報	検体情報	必須	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 ()	
		必須	検体採取日（腫瘍組織）	西暦 年 月 日				
		必須	検体採取方法	<input type="checkbox"/> 生検	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 不明		
				<input type="checkbox"/> その他	その他：具体的な検体採取方法 ()			
		必須	検体採取部位	<input type="checkbox"/> 原発巣	<input type="checkbox"/> 転移巣	<input type="checkbox"/> 不明		
		必須	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	<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"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 胆管	
				<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"/> 膻	<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"/> 骨髄	<input type="checkbox"/> 髄膜			
<input type="checkbox"/> リンパ節 /リンパ管	<input type="checkbox"/> 末梢神経			<input type="checkbox"/> 原発不明				
<input type="checkbox"/> その他	その他：具体的な採取部位 ()							

CRFフォーム（紹介時）

テンプレート 種別	グループ 大分類名称	必須入力	入力項目名	選択肢				
患者 背景情報	患者背景	必須	病理診断名（日本語で）					
		非必須	臨床診断名（日本語で）					
		必須	診断日	西暦	年	月	日	
		必須	喫煙歴有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
		非必須	喫煙年数	年				
		非必須	1日の本数	本/日				
		非必須	アルコール多飲の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
		必須	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	※重複がん 「あり」の場 合のみ必須	必須	重複がん有無（異なる臓器）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
				重複がん1 診断名（日本語で）				
				重複がん1 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	<input type="checkbox"/> 非活動性	<input type="checkbox"/> 不明	
				重複がん1 発症年齢	歳			
				重複がん2 診断名（日本語で）				
				重複がん2 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	<input type="checkbox"/> 非活動性	<input type="checkbox"/> 不明	
				重複がん2 発症年齢	歳			
				重複がん3 診断名（日本語で）				
				重複がん3 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	<input type="checkbox"/> 非活動性	<input type="checkbox"/> 不明	
				重複がん3 発症年齢	歳			
				重複がん4 診断名（日本語で）				
				重複がん4 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性	<input type="checkbox"/> 非活動性	<input type="checkbox"/> 不明	
				重複がん4 発症年齢	歳			
	多発がん			多発がん有無（同一臓器）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
必須			多発がん発症年齢	歳				
			多発がん活動性 ※多発がん「あり」の場合のみ必須	<input type="checkbox"/> 活動性	<input type="checkbox"/> 非活動性	<input type="checkbox"/> 不明		

CRFフォーム (紹介時)

テンプレート 種別	グループ 大分類名称	必須入力	入力項目名	選択肢				
患者 背景情報	家族歴	必須	家族歴有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		
			家族歴-続柄 ※家族歴「あり」の場合 のみ必須 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 親 (詳細不明)	<input type="checkbox"/> 同胞	
				<input type="checkbox"/> 同胞 (男)	<input type="checkbox"/> 同胞 (女)	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 祖父母 (父方)	
				<input type="checkbox"/> 祖父母 (母方)	<input type="checkbox"/> 祖父母 (詳細不明)	<input type="checkbox"/> 大叔母	<input type="checkbox"/> 大叔父	
				<input type="checkbox"/> おじ (父方)	<input type="checkbox"/> おじ (母方)	<input type="checkbox"/> おば (父方)	<input type="checkbox"/> おば (母方)	
				<input type="checkbox"/> おじおば (詳細不明)	<input type="checkbox"/> 甥姪	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> いとこ (父方)	
				<input type="checkbox"/> いとこ (母方)	<input type="checkbox"/> いとこ (詳細不明)	<input type="checkbox"/> 不明の血縁者		
			家族歴-がん種 ※家族歴「あり」の場合 のみ必須	<input type="checkbox"/> 中枢神経系	<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	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸 乳頭部	
				<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 虫垂	<input type="checkbox"/> 大腸	<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"/> 子宮 (詳細不明)	<input type="checkbox"/> 卵巣/卵管	<input type="checkbox"/> 膣		<input type="checkbox"/> 皮膚				
<input type="checkbox"/> 皮下	<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"/> 骨髄系		<input type="checkbox"/> リンパ系				
<input type="checkbox"/> 造血器 (その他)	<input type="checkbox"/> 造血器 (詳細不明)	<input type="checkbox"/> 末梢神経系		<input type="checkbox"/> 原発不明				
<input type="checkbox"/> その他	その他：具体的ながん種区分 ()							
家族歴-罹患年齢 ※家族歴「あり」の場合 のみ必須	<input type="checkbox"/> 10歳未満	<input type="checkbox"/> 10歳台	<input type="checkbox"/> 20歳台	<input type="checkbox"/> 30歳台				
	<input type="checkbox"/> 40歳台	<input type="checkbox"/> 50歳台	<input type="checkbox"/> 60歳台	<input type="checkbox"/> 70歳台				
	<input type="checkbox"/> 80歳台	<input type="checkbox"/> 90歳以上	<input type="checkbox"/> 不明					

がん種 情報	登録時 の転移	必須	登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
			登録時転移の部位 ※登録時転移「あり」の場合 のみ必須	<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	その他：具体的ながん種区分 ()		

がん種 情報	既知の遺伝 子疾患	必須	既知の遺伝子疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明
			<input type="checkbox"/> BAP1 Tumor Predisposition Synd	<input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dube Syndrome (BHD)	<input type="checkbox"/> Cancer Predisposition Synd	<input type="checkbox"/> FAP
			<input type="checkbox"/> HBOC	<input type="checkbox"/> HDGC	<input type="checkbox"/> Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer (HLRCC)	<input type="checkbox"/> Hereditary Papillary Renal Cancer(HPRC)
			<input type="checkbox"/> HPPS	<input type="checkbox"/> Juvenile Polyposis	<input type="checkbox"/> Loeys-Dietz	<input type="checkbox"/> Lynch
			<input type="checkbox"/> Malignant Melanoma	<input type="checkbox"/> MAP	<input type="checkbox"/> Melanoma	<input type="checkbox"/> Melanoma/Pancreatic Ca
			<input type="checkbox"/> MEN1	<input type="checkbox"/> MEN2	<input type="checkbox"/> MODY3	<input type="checkbox"/> NF1
			<input type="checkbox"/> NF2	<input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers	<input type="checkbox"/> Polymerase Proofreading-Associated Polyposis (PPAP)	<input type="checkbox"/> PTEN Hamartoma
			<input type="checkbox"/> Retinoblastoma	<input type="checkbox"/> Rhabdoid Tumor Predisposition Synd	<input type="checkbox"/> Inherited Bone Marrow Failure Synd	<input type="checkbox"/> Loeys-Dietz
			<input type="checkbox"/> Pheochromocytoma	<input type="checkbox"/> Li-Fraumeni	<input type="checkbox"/> Tuberos Sclerosis Complex	<input type="checkbox"/> VHL
<input type="checkbox"/> WT1-related Wilms	<input type="checkbox"/> その他	その他：具体的な遺伝子疾患名 ()				

固形がん 必須	必須	NTRK1/2/3融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
		マイクロサテライト不安定性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		マイクロサテライト不安定性検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> MSI検査キット (FALCO)	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> G360CDx	<input type="checkbox"/> Idylla MSI Test 「ニチレイバイオ」
			<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 不明
		ミスマッチ修復機能	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		ミスマッチ修復機能-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView 2抗体 (MSH6、PMS2)	<input type="checkbox"/> ベンタナ OptiView 4抗体 (MSH2、MSH6、MLH1、PMS2)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
		腫瘍遺伝子変異量	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
腫瘍遺伝子変異量-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			

がん種区分が 唾液腺の場合のみ必須	唾液腺がん の場合、必須	HER2遺伝子増幅度	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 判定不能	
			<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
		HER2遺伝子増幅度-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/>	ベンタナ DISH HER2キット		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
		HER2タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
		HER2タンパク-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/>	ベンタナ ultraView パスウェー HER2 (4B5)		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明

がん種区分が 甲状腺の場合のみ必須	甲状腺がん の場合、必須	RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
		RET融合遺伝子-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/>	オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
		RET遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
		RET遺伝子変異-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/>	オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明

がん種区分が肺の場合のみ必須	EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
	EGFR-type ※EGFRが「陽性」の場合のみ必須	<input type="checkbox"/> G719	<input type="checkbox"/> exon-19欠失	<input type="checkbox"/> S768I	<input type="checkbox"/> T790M
		<input type="checkbox"/> exon-20挿入	<input type="checkbox"/> L858R	<input type="checkbox"/> L861Q	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 不明			
	EGFR-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> CobasV2	<input type="checkbox"/> Therascreen	<input type="checkbox"/> オンコメイン Dx target Test マルチ CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌マルチPCRパネル
		<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1Liquid CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	EGFR-TKI耐性後EGFR-T790M	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
	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or未検査
	ALK-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> IHC	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> IHC+FISH	<input type="checkbox"/> RT-PCR
		<input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> オンコメイン Dx Target Test マルチ CDx
		<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
	ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
	ROS1-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> オンコメイン Dx Target Test マルチ CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌マルチPCRパネル
		<input type="checkbox"/> OncoGuide AmoyDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
	BRAF (V600)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
	BRAF (V600) -検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> オンコメイン Dx Target Test マルチ CDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
	PD-L1 (IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
	PD-L1 (IHC) -検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8 (BMS/小野)	<input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3 (Merck)		
		<input type="checkbox"/> SP142;4:SP263 (術後補助療法)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
	陽性率 ※PD-LI(IHC)が陽性の場合のみ必須	% (入力例：60-80%等)			
MET遺伝子エクソン14スキッピング変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
MET遺伝子エクソン14スキッピング変異-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> ArcherMETコンパニオン診断システム	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	
KRAS G12C遺伝子変異	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
KRAS G12C遺伝子変異-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> therascreen	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
RET融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
RET融合遺伝子-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> オンコメイン Dx Target Test マルチ CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明		

肺がんの場合、必須

がん種区分が 乳の場合のみ必須	乳 が ん の 場 合 、 必 須	HER2 (IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陰性 (1+)	<input type="checkbox"/> 境界域 (2+)	<input type="checkbox"/> 陽性 (3+)
			<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
		HER2 (FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能
			<input type="checkbox"/> 不明or未検査			
		ER	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		PgR	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		gBRCA1-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
		gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		gBRCA2-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis診断システム		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
		PD-L1タンパク	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		PD-L1タンパク-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx 「ダコ」	<input type="checkbox"/> ヘンタナ OptiView PD-L1 (SP142)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
		ERBB2コピー数異常	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		ERBB2コピー数異常-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

がん種区分が 食道/胃もしくは 腸の場合のみ必須	食道 / 胃 もしくは 腸の がんの場合、 必須	KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		KRAS-type ※KRASが陽性の場合のみ必須	<input type="checkbox"/> codon12	<input type="checkbox"/> codon13	<input type="checkbox"/> codon59	<input type="checkbox"/> codon61
			<input type="checkbox"/> codon117	<input type="checkbox"/> codon146	<input type="checkbox"/> 不明	
		KRAS-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット	<input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRCキット	<input type="checkbox"/> F1 CDx
			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
		NRAS	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		NRAS-type ※NRASが陽性の場合のみ必須	<input type="checkbox"/> codon12	<input type="checkbox"/> codon13	<input type="checkbox"/> codon59	<input type="checkbox"/> codon61
			<input type="checkbox"/> codon117	<input type="checkbox"/> codon146	<input type="checkbox"/> 不明	
		NRAS-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット	<input type="checkbox"/> OncoBEAM RAS CRCキット	<input type="checkbox"/> F1 CDx
			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
		HER2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陰性 (1+)	<input type="checkbox"/> 境界域 (2+)	<input type="checkbox"/> 陽性 (3+)
			<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
		HER2-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> ベンタナ ultraView パスウェー HER2 (4B5)		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明
HER2遺伝子増幅(ISH法)-検査方法	<input type="checkbox"/> バスビジョンHER-2 DNAプローブキット		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
HER2遺伝子増幅 (ISH法) ※バスビジョンHER-2、その他のとき必須	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> equivocal	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 測定不能		
EGFR (IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
BRAF (V600)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
BRAF (V600) -検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチCDx	<input type="checkbox"/> Amoy Dx肺癌マルチPCRパネル	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		

がん種区分が 肝の場合のみ必須	肝がんの場合、必須	HBsAg	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		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or未検査
	非必須	HBV-DNA	Log IU/mL			
	肝がんの場合必須	HCV抗体	<input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
	非必須	HCV-RNA ※直近の値	Log IU/mL			

がん種区分が 胆道の場合のみ必須	胆道がんの場合、必須	FGFR2融合遺伝子	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査
		FGFR2融合遺伝子-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明	

がん種区分が 膵臓の場合のみ必須	膵臓がんの場合、必須	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
		gBRCA1-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		
		gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
		gBRCA2-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明		

がん種区分が 皮膚の場合のみ必須	皮膚がんの場合、必須	BRAF (V600)	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
		BRAF遺伝子変異-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> コバス BRAF V600 変異検出キット	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> THxID BRAF キット	<input type="checkbox"/> MEBGEN BRAF キット	
			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
BRAF-type	<input type="checkbox"/> V600E	<input type="checkbox"/> V600K	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査			

がん種区分が 前立腺の場合のみ必須	前立腺がんの場合、必須	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
		gBRCA1-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム		
			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明			
		gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査	
gBRCA2-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム				
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明					

がん種区分が 卵巣/卵管の場合のみ必須	卵巣/卵管がんの場合、必須	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
		gBRCA1-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> myChoice診断システム			
			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明				
		gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査		
		gBRCA2-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> F1 CDx	<input type="checkbox"/> BRCAAnalysis診断システム	<input type="checkbox"/> myChoice診断システム			
			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明				
相同組換え修復欠損	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 判定不能	<input type="checkbox"/> 不明or未検査				
相同組換え修復欠損-検査方法 ※未検査以外の場合、必須	<input type="checkbox"/> myChoice診断システム	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 不明					

薬物療法 (EP前)	レジメン①	非必須	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	
				<input type="checkbox"/> 5次治療以降	<input type="checkbox"/> 不明			
	必須	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法	<input type="checkbox"/> 術後補助療法	<input type="checkbox"/> 根治			
			<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他				
	必須	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 (奈良医大)	<input type="checkbox"/> 他施設		施設名 ()		
	必須	レジメン名						
	必須	薬剤名 ※1レジメンに対して複数入力可						
			※治験薬の場合、「Investigational Agent」と入力					
	非必須	レジメン内容変更情報 ※変更コメントがあれば入力						
	必須	投与開始日	西暦	年	月	日		
	必須	投与終了日	西暦	年	月	日		
	非必須	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中					
	必須	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止		
			<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明				
	副作用等で 中止のとき 必須	中止に至った有害事象名 CTCAEv5.0名称日本語						
		CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明		
	無効中止の とき必須	増悪確認日	西暦	年	月	日		
	必須	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
			<input type="checkbox"/> NE					
	必須	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
Grade3以上有害事象「あり」の場合必須	発現日 1	西暦	年	月	日			
	発現日 2	西暦	年	月	日			
	・CTCAEv5（既存のCTCAEv4の有害事象はnearest matchで入力）・非血液毒性以外かつ薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床経過に影響した重篤な有害事象のみ収集する（目安としてG3以上）							
	CTCAEv5.0名称日本語							
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明			

薬物療法 (EP前)	レジメン②	非必須	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療		
				<input type="checkbox"/> 5次治療以降	<input type="checkbox"/> 不明				
		必須	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法	<input type="checkbox"/> 術後補助療法	<input type="checkbox"/> 根治			
				<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他				
		必須	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 (奈良医大)	<input type="checkbox"/> 他施設		施設名 ()		
		必須	レジメン名						
		必須	薬剤名 ※1レジメンに対して複数入力可						
				※治験薬の場合、「Investigational Agent」と入力					
		非必須	レジメン内容変更情報 ※変更コメントがあれば入力						
		必須	投与開始日	西暦	年	月	日		
		必須	投与終了日	西暦	年	月	日		
		非必須	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中					
		必須	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止		
				<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明				
		副作用等で 中止のとき 必須	中止に至った有害事象名 CTCAEv5.0名称日本語						
			CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明		
		無効中止の とき必須	増悪確認日	西暦	年	月	日		
		必須	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
				<input type="checkbox"/> NE					
		必須	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
Grade3以上有害事象「あり」の場合必須	発現日 1	西暦	年	月	日				
	発現日 2	西暦	年	月	日				
	・CTCAEv5（既存のCTCAEv4の有害事象はnearest matchで入力）・非血液毒性以外かつ薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床経過に影響した重篤な有害事象のみ収集する（目安としてG3以上）								
	CTCAEv5.0名称日本語								
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明				

薬物療法 (EP前)	レジメン③	非必須	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療			
				<input type="checkbox"/> 5次治療以降	<input type="checkbox"/> 不明					
		必須	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法	<input type="checkbox"/> 術後補助療法	<input type="checkbox"/> 根治				
				<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他					
		必須	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 (奈良医大)	<input type="checkbox"/> 他施設		施設名 ()			
		必須	レジメン名							
		必須	薬剤名 ※1レジメンに対して複数入力可							
				※治験薬の場合、「Investigational Agent」と入力						
		非必須	レジメン内容変更情報 ※変更コメントがあれば入力							
		必須	投与開始日	西暦	年	月	日			
		必須	投与終了日	西暦	年	月	日			
		非必須	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中						
		必須	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止			
				<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明					
		副作用等で中止のとき必須	中止に至った有害事象名 CTCAEv5.0名称日本語							
			CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明			
		無効中止のとき必須	増悪確認日	西暦	年	月	日			
		必須	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD			
				<input type="checkbox"/> NE						
		必須	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明				
		Grade3以上有害事象「あり」の場合必須	発現日 1	西暦	年	月	日			
			発現日 2	西暦	年	月	日			
			・CTCAEv5 (既存のCTCAEv4の有害事象はnearest matchで入力) ・非血液毒性以外かつ薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床経過に影響した重篤な有害事象のみ収集する (目安としてG3以上)							
			CTCAEv5.0名称日本語							
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明					

薬物療法 (EP前)	レジメン④	非必須	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療	
				<input type="checkbox"/> 5次治療以降	<input type="checkbox"/> 不明			
	必須	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法	<input type="checkbox"/> 術後補助療法	<input type="checkbox"/> 根治			
			<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他				
	必須	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 (奈良医大)	<input type="checkbox"/> 他施設		施設名 ()		
	必須	レジメン名						
	必須	薬剤名 ※1レジメンに対して複数入力可						
			※治験薬の場合、「Investigational Agent」と入力					
	非必須	レジメン内容変更情報 ※変更コメントがあれば入力						
	必須	投与開始日	西暦	年	月	日		
	必須	投与終了日	西暦	年	月	日		
	非必須	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中					
	必須	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止		
			<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明				
	副作用等で中止のとき必須	中止に至った有害事象名 CTCAEv5.0名称日本語						
		CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明		
	無効中止のとき必須	増悪確認日	西暦	年	月	日		
	必須	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
			<input type="checkbox"/> NE					
	必須	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
Grade3以上有害事象「あり」の場合必須	発現日 1	西暦	年	月	日			
	発現日 2	西暦	年	月	日			
	・CTCAEv5（既存のCTCAEv4の有害事象はnearest matchで入力）・非血液毒性以外かつ薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床経過に影響した重篤な有害事象のみ収集する（目安としてG3以上）							
	CTCAEv5.0名称日本語							
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明			

薬物療法 (EP前)	レジメン⑤	非必須	治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療	<input type="checkbox"/> 4次治療		
				<input type="checkbox"/> 5次治療以降	<input type="checkbox"/> 不明				
		必須	実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法	<input type="checkbox"/> 術後補助療法	<input type="checkbox"/> 根治			
				<input type="checkbox"/> 緩和	<input type="checkbox"/> その他				
		必須	実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 (奈良医大)	<input type="checkbox"/> 他施設		施設名 ()		
		必須	レジメン名						
		必須	薬剤名 ※1レジメンに対して複数入力可						
				※治験薬の場合、「Investigational Agent」と入力					
		非必須	レジメン内容変更情報 ※変更コメントがあれば入力						
		必須	投与開始日	西暦	年	月	日		
		必須	投与終了日	西暦	年	月	日		
		非必須	継続中	<input type="checkbox"/> 継続中					
		必須	終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了	<input type="checkbox"/> 無効中止	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止	<input type="checkbox"/> 本人希望により中止		
				<input type="checkbox"/> その他理由で中止	<input type="checkbox"/> 不明				
		副作用等で中止のとき必須	中止に至った有害事象名 CTCAEv5.0名称日本語						
			CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明		
		無効中止のとき必須	増悪確認日	西暦	年	月	日		
		必須	最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> PD		
				<input type="checkbox"/> NE					
		必須	Grade3以上有害事象の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明			
		Grade3以上有害事象「あり」の場合必須	発現日 1	西暦	年	月	日		
			発現日 2	西暦	年	月	日		
			・CTCAEv5 (既存のCTCAEv4の有害事象はnearest matchで入力) ・非血液毒性以外かつ薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床経過に影響した重篤な有害事象のみ収集する (目安としてG3以上)						
			CTCAEv5.0名称日本語						
	CTCAEv5.0最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> Grade 4	<input type="checkbox"/> Grade 5	<input type="checkbox"/> 不明				