

C-CAT登録項目調査票：基本情報

福岡赤十字病院 地域医療連携室 宛

がん遺伝子パネル検査では、国が管理するがんゲノム情報管理センター（C-CAT）へ患者さまの臨床情報の報告が必要となっております。

「基本情報」「遺伝子検査」「薬物療法」の各フォーマットにご記載の上、ご郵送いただきますようお願いいたします。

患者氏名 _____ 様 男 女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

《基本情報》

紹介状に記載済	項目	内容	
<input type="checkbox"/>	病理診断名		※病理診断書で 代用可
<input type="checkbox"/>	初回診断日（検体採取日）	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（1日あたり本数 本 × 喫煙年数 年）
<input type="checkbox"/>	アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※アルコール多飲とは、ビール1500ml/日、日本酒3合/日、焼酎1合/日、ワイン5杯/日以上を指します。
<input type="checkbox"/>	(肺癌の場合) アスベスト曝露歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	
<input type="checkbox"/>	重複がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（部位： _____ ） <input type="checkbox"/> 不明 （活動性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：無病期間が5年以内の場合）
<input type="checkbox"/>	多発がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（活動性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ ） <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>	現在の転移部位	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記から選択してください（複数可） <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"/> 腔 <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 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	