

【がんゲノム検査外来:保険診療希望患者に対する追加聞き取り項目】

これまで登録の有無		これまでC-CAT登録は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
これまで登録の有無で『あり』を選択した場合に記入	過去の登録ID	(ID: _____)
	症例関係区分	<input type="checkbox"/> 重複がん:重複がんにおいてそれぞれ同一施設でがん遺伝子パネル検査を実施する場合 <input type="checkbox"/> 前医からの転院フォロー:がん遺伝子パネル検査を実施した施設から転院し経過をフォローする場合 <input type="checkbox"/> 前医実施後再検査:同一患者、同一がん種に対し別の施設でがん遺伝子パネル検査を再検する場合 <input type="checkbox"/> その他:上記に該当しない場合
がん種区分		がん種区分を選択 <input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 CNS/Brain <input type="checkbox"/> 膀胱/尿管 Bladder/Urinary Tract <input type="checkbox"/> 頭頸部 Head and Neck <input type="checkbox"/> 前立腺 Prostate <input type="checkbox"/> 眼 Eye <input type="checkbox"/> 精巣 Testis <input type="checkbox"/> 肺 Lung <input type="checkbox"/> 陰茎 Penis <input type="checkbox"/> 胸膜 Pleura <input type="checkbox"/> 子宮 Uterus <input type="checkbox"/> 胸腺 Thymus <input type="checkbox"/> 子宮頸部 Cervix <input type="checkbox"/> 甲状腺 Thyroid <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 Ovary/Fallopain Tube <input type="checkbox"/> 乳 Breast <input type="checkbox"/> 膣 Vulva/Vagina <input type="checkbox"/> 食道/胃 Esophagus/Stomach <input type="checkbox"/> 皮膚 Skin <input type="checkbox"/> 十二指腸乳頭部 Ampulla of Vater <input type="checkbox"/> 骨 Bone <input type="checkbox"/> 腸 Bowel <input type="checkbox"/> 軟部組織 Soft Tissue <input type="checkbox"/> 肝 Liver <input type="checkbox"/> 腹膜 Peritoneum <input type="checkbox"/> 胆道 Biliary Tract <input type="checkbox"/> 骨髄系 Myeloid <input type="checkbox"/> 膵 Pancreas <input type="checkbox"/> リンパ系 Lymphoid <input type="checkbox"/> 腎 Kidney <input type="checkbox"/> 末梢神経系 Peripheral Nervous System <input type="checkbox"/> 副腎 Adrenal Gland <input type="checkbox"/> その他 Other (_____)
検体種別『FFPE』の情報	腫瘍細胞含有割合	腫瘍細胞含有割合(%),小数点以下記入不要 (_____ %)
	検体採取日(腫瘍組織)	検体採取日(腫瘍組織) (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
	検体採取方法	検体採取方法を選択 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	検体採取方法詳細	検体採取方法で「その他」を選択した場合に記入 (_____)
	検体採取部位	検体採取部位を選択 <input type="checkbox"/> 原発巣 <input type="checkbox"/> 転移巣 <input type="checkbox"/> 不明
	具体的な採取部位	具体的な採取部位を選択 <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"/> 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"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他(_____)