

これまでの治療について	
※治療した順にご記載下さい。	
治療ライン	1次治療
実施目的	術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他
レジメン名	DS
薬剤 1	ドセタキセル
薬剤 2	S-1
薬剤 3	
薬剤 4	
薬剤 5	
投与開始日	2022 年 7 月 25 日
投与終了日	2023 年 3 月 20 日
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止/その他の理由で中止 / 不明
最良総合評価	CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)
副作用の理由 (副作用等で中止の場合)	
増悪確認日 (無効中止の場合)	2023 年 3 月 20 日
G 3 以上有害事象の有無	あり なし
発現日	2023 年 1 月 20 日
名称日本語 : 最悪 Grade	好中球数減少: Grade 3
備考	
治療ライン	2次治療
実施目的	術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他
レジメン名	RAM+PTX
薬剤 1	サムライザ
薬剤 2	パクリタキセル
薬剤 3	
薬剤 4	
薬剤 5	
投与開始日	2023 年 3 月 27 日
投与終了日	2023 年 6 月 5 日
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止/その他の理由で中止 / 不明
最良総合評価	CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)
副作用の理由 (副作用等で中止の場合)	食欲不振 G2
増悪確認日 (無効中止の場合)	2023 年 6 月 10 日
G 3 以上有害事象の有無	あり なし
発現日	年 月 日
名称日本語 : 最悪 Grade	
備考	

これまでの治療について	
	※治療した順にご記載下さい。
治療ライン	3次治療
実施目的	術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他
レジメン名	FOLFIRI+Nivo
薬剤1	オブジーボ
薬剤2	フルオロウラシル
薬剤3	オキサリプラチン
薬剤4	
薬剤5	
投与開始日	2023 年 6 月 19 日
投与終了日	2024 年 3 月 4 日
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止/その他の理由で中止 / 不明
最良総合評価	CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)
副作用の理由 (副作用等で中止の場合)	
増悪確認日 (無効中止の場合)	年 月 日
G3以上有害事象の有無	あり なし
発現日	2024 年 3 月 25 日
名称日本語: 最悪 Grade	好中球数減少 Grade 4
備考	
治療ライン	4次治療
実施目的	術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他
レジメン名	
薬剤1	トリフルリジンチピラシル
薬剤2	
薬剤3	
薬剤4	
薬剤5	
投与開始日	2024 年 4 月 15 日
投与終了日	年 月 日 継続中
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止/その他の理由で中止 / 不明
最良総合評価	CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)
副作用の理由 (副作用等で中止の場合)	
増悪確認日 (無効中止の場合)	年 月 日
G3以上有害事象の有無	あり なし
発現日	年 月 日
名称日本語: 最悪 Grade	
備考	

これまでの治療について	
※足りない場合はコピーしてご記載下さい。	
治療ライン	次治療
実施目的	術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和 / その他
レジメン名	
薬剤 1	
薬剤 2	
薬剤 3	
薬剤 4	
薬剤 5	
投与開始日	年 月 日
投与終了日	年 月 日
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止/その他の理由で中止 / 不明
最良総合評価	CR / PR / SD / PD / NE (評価なし) /
副作用の理由 (副作用等で中止の場合)	
増悪確認日 (無効中止の場合)	年 月 日
G 3 以上有害事象の有無	あり・なし
発現日	年 月 日
名称日本語 : 最悪 Grade	
備考	
治療ライン	次治療
実施目的	術前補助 / 術後補助 / 根治 / 緩和
レジメン名	
薬剤 1	
薬剤 2	
薬剤 3	
薬剤 4	
薬剤 5	
投与開始日	年 月 日
投与終了日	年 月 日
終了理由	計画通り終了 / 無効中止 / 副作用等で中止 / 本人希望で中止/その他の理由で中止 / 不明
最良総合評価	CR / PR / SD / PD / NE (評価なし)
副作用の理由 (副作用等で中止の場合)	
増悪確認日 (無効中止の場合)	年 月 日
G 3 以上有害事象の有無	あり・なし
発現日	年 月 日
名称日本語 : 最悪 Grade	
備考	

主治医のエキスパートパネルへの参加希望について	
がん遺伝子パネル検査を実施した場合のエキスパートパネルへの参加希望の有無	参加希望： あり ・なし
	病院名： 静岡県立総合病院
	希望者： 〇〇科 医師 静岡 花子
	Mail address : ****@***.***.jp
電話番号： 054-247-6111 (内線〇〇〇〇)	
備考	

ご協力ありがとうございました。

当院での診察結果によっては検査適応とならない場合もございますので、その可能性について事前に患者様にお伝えいただけますと幸いです。

※検査提出用の FFPE スライドについて：標本材料が検体採取から3年以内であること、10%中性緩衝ホルマリン溶液に6-72時間固定した標本であること、腫瘍細胞を30%以上含有していることが推奨されております。検査提出には推奨に見合う標本で厚さ 4-5 μ m、切片表面積 \geq 25mm² 以上の未染スライド10枚及びHE染色スライド1枚が必要となります。参考として、当院では2018年10月以前は20%中性緩衝ホルマリン溶液での固定のため、遺伝子パネル検査には用いておりません。病理標本の状態や腫瘍量を貴院病理部にて事前にご確認をいただけますと幸いです(推奨基準を満たさない場合にも、個別に相談をお受けさせていただきますので、ご遠慮無くお問い合わせください)。

問い合わせ先：

静岡県立総合病院 腫瘍内科

〒420-8527 静岡市葵区北安東4丁目27番1号

TEL：054-247-6111, FAX：054-247-6140

【C-CAT システム 入力手引き（固形がん）】（抜粋）

➤ **アルコールの多飲（酒）の定義：**

お酒の種類	ビール	清酒	ウイスキー・ ブランデー	焼酎（35度）	ワイン
	中瓶3本 500ml/本	3合 180ml/合	ダブル3杯 60ml/杯	1合 180ml/合	5杯 120ml/杯
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	60g	66g	60g	50g	60g

➤ **診断日を決定する重み付けについて：**

・治療方針が決定される前に行われた‘がん’と診断する根拠となった検査をどの検査とするか、方針決定前の診断の根拠となった検査日をどの検査日とするかについては、以下のうち、もっとも小さい検査が行われた日を選択してください（数字が小さいほど、その診断の確からしさが高いと考えることとします）。

- 1 原発巣の組織診断陽性（病理組織検査によるがんの診断）
- 2 転移巣の組織診断陽性（病理組織検査によるがんの診断）
- 3 細胞診陽性（組織診ではがんの診断無し）
- 4 部位特異的腫瘍マーカーによる診断
- 5 臨床検査による診断（画像診断を含む）
- 6 臨床検査による診断（上記1～5を伴わないもの）
- 9 検査不明