

2026/3/4

C-CATシートに関する問い合わせ先:0229-23-3311(代) 遺伝カウンセラー(内線:6703)

記入例:がん遺伝子パネル検査 固形癌用C-CAT入力シート

以下の「症例基本情報」「検体情報」「患者背景情報」「がん種情報」「薬物療法」についてご入力ください。

症例基本情報					
入力説明	必須入力	入力項目	回答欄	備考	
	必須	患者氏名	大崎花子		
	非必須	大崎市民病院の患者ID		10000000	
	必須	貴院の名称	○×病院		
	必須	ご担当医氏名	大崎太郎		
	必須	性別	女		
	必須	生年月日		1966年6月6日	
	必須	がん種区分(第一階層)	食道/胃	59	
		がん種区分 その他の場合 臨床診断名			
	必須	がん種区分(第二階層以降)	Esophageal Squamous Cell Carcinoma (ESCC) 食道扁平上皮癌	別シートの「参考 がん種区分リスト」から該当の項目をコピー&ペーストしてください。C-CAT調査結果に反映されるため必ず入力してください。	
	必須	移植歴	なし		
	必須	移植部位			
	必須	再生不良性貧血	なし		
	必須	検査の保険適応について	局所進行もしくは転移が認められ標準治療が終了もしくは終了見込みの固形癌		
	必須	3か月後に化学療法が可能な全身状態である	はい		
検体情報					
入力説明	必須入力	入力項目	回答欄	備考	
	非必須	検査区分	保険	当院は保険のみ対応します	
	必須	検査種別	F1CDx	組織はF1CDx (FoundationOne)、NCCオンコパネル、GenMineTOP。 リキッドはFoundationOneLiquidCDx、もしくはGuardant360です。	
	必須	検体番号(検体識別番号)	H23-00000	スライドに記載した検体番号を半角英数字20文字以内で入力してください。 リキッドの場合は不要です。	
C-CAT調査結果に影響しますので、正確に記入をお願いします。	必須	標本種別	FFPE		
	必須	腫瘍含有割合(%)		20	
		※20%以上で提出可能です。マクロダイセクション後の割合をご記入ください。			
	必須	検体採取日 ※3年以内の検体が望ましい	2023/12/1		
	必須	検体採取方法	手術	リキッドでは入力不要です。 検体作成方法については別紙をご参照ください。	
	必須	検体採取方法(その他の場合)		(標本検体が品質を満たさないと判断された場合、血液による検査に変更させていただきます)	
	必須	固定液	10%中性緩衝ホルマリン		
	必須	固定液の種類(その他の場合)			
	必須	固定時間	6~48時間以内(推奨)		
	必須	マクロダイセクションについて	なし		
必須	検体採取部位	原発巣			
必須	具体的な採取部位	食道			
必須	原発臓器	食道			
必須	病理診断名	Squamous cell carcinoma	英語で手入力		
患者背景情報					
入力説明	必須入力	入力項目	回答欄	備考	
	必須	臨床診断名	食道癌	手入力 正確な日付が不明な際は、不明箇所を「9」に置き換えてください。	
	必須	診断日	2023/12/99	当該腫瘍の初回治療前に診断のために行われた検査のうち、がんと診断する根拠となった検査が行われた日をご入力ください。	
	必須	初回治療前のステージ分類	IV期		
	必須	喫煙歴有無	あり		
		喫煙年数		20年	
		1日の本数		10本/日	
	必須	アルコール多飲の有無	なし	常習的に1日の平均純アルコールが約60gを超えている状態を多飲とする。	
	必須	ECOG PS		0	
	必須	重複がん有無(異なる臓器)	あり		
		重複がん部位	子宮頸部		
		「その他」の場合の臨床診断名	子宮頸癌		
		重複がん活動性	非活動性		
		重複がん発症年齢		40	
		2つ目以降の重複がんについて		複数の重複がんがある場合、こちらに部位、活動性の有無、発症年齢を入力してください。	
	必須	多発がん有無(同一臓器)	なし		
		多発がん活動性			
		多発がん発症年齢			
	必須	がん家族歴有無	あり		

家族歴有の場合
 血縁者との関係とがん種および年齢を記載し 父:60代 大腸癌
 てください 母:70代 乳がん
 例)父方叔父 55歳 胃がん、 母方叔母:40代 子宮頸癌
 母方祖母 60代 乳がん

必須

既知の遺伝性疾患の有無

なし

既知の遺伝性疾患名

がん種情報(該当のがん腫の項目を入力してください)

入力説明	必須入力	入力項目	回答欄	備考		
がん種区分ごと入力 必須項目 です	全がん種必須 項目	登録時転移の有無	あり	すべての症例で入力してください		
		登録時転移の部位	肝転移、リンパ節転移			
		NTRK1/2/3融合遺伝子	不明or未検査			
		NTRK1/2/3融合遺伝子検査方法				
		マイクロサテライト不安定性	不明or未検査			
		マイクロサテライト不安定性検査方法				
		ミスマッチ修復機能	不明or未検査			
		ミスマッチ修復機能検査方法				
		腫瘍遺伝子変異量	不明or未検査			
		腫瘍遺伝子変異量検査方法				
「肺」必須項目		EGFR		該当時は数値型(8桁)を入力		
		EGFR-type				
		EGFR検査方法				
		EGFR-TKI耐性後 EGFR-T790M				
		ALK融合				
		ALK検査方法				
		ROS1				
		ROS1検査方法				
		BRAF(V600)				
		BRAF(V600)検査方法				
		PD-L1(IHC)				
		PD-L1(IHC)検査方法				
		PD-L1(IHC)陽性率				
		MET遺伝子エクソン14スキッピング変異				
MET遺伝子変異検査方法						
KRAS G12C遺伝子変異						
KRAS G12C遺伝子変異検査方法						
RET融合遺伝子						
RET融合遺伝子検査方法						
アスベスト暴露歴						
「乳」必須項目		HER2(IHC)				
		HER2(FISH)				
		ER				
		PgR				
		gBRCA1				
		gBRCA1検査方法				
		gBRCA2				
		gBRCA2検査方法				
PD-L1タンパク						
PD-L1タンパク検査方法						
ERBB2コピー数異常						
ERBB2コピー数異常検査方法						
「食道/胃or腸」 必須項目				KRAS	不明or未検査	
				KRAS-type		
				KRAS検査方法		
				NRAS	不明or未検査	
	NRAS-type					
	NRAS検査方法					
	HER2	不明or未検査				
HER2タンパク検査方法						
HER2遺伝子増幅(ISH法)検査方法	不明or未検査	不明or未検査				
HER2遺伝子増幅(ISH法)						
EGFR(IHC)						
BRAF(V600)	不明or未検査	不明or未検査				
BRAF(V600)検査方法						
「肝臓」 必須項目		HBsAg		任意入力(単位LogIU/mL)		
		HBs抗体				
		HBV-DNA				
		HCV抗体				
HCV-RNA		任意入力(単位LogIU/mL)				
「皮膚」 必須項目		BRAF遺伝子変異				
		BRAF遺伝子変異検査方法				
		BRAF-type				
「唾液腺癌」 必須項目		HER2遺伝子増幅度				
		HER2遺伝子増幅度検査方法				
		HER2タンパク				
HER2タンパク検査方法						
RET融合遺伝子						

「甲状腺」 必須項目	RET融合遺伝子検査方法 RET遺伝子変異 RET遺伝子変異検査方法	
「胆道」 必須項目	FGFR2融合遺伝子 FGFR2融合遺伝子検査方法	
「膵臓」 必須項目	gBRCA1 gBRCA1検査方法 gBRCA2 gBRCA2検査方法	
「前立腺」 必須項目	gBRCA1 gBRCA1検査方法 gBRCA2 gBRCA2検査方法	
「卵巣」 必須項目	gBRCA1 gBRCA1検査方法 gBRCA2 gBRCA2検査方法 相同組換え修復欠損 相同組換え修復欠損検査方法	
薬物療法(エキスパートパネル前までに実施してきたもの(予定を含む)をすべて記載してください)		

レジメン1

入力説明	必須入力	入力項目	回答欄	備考
	必須	治療方針	保険診療	企業治験または医師主導治験を選択した場合、既承認薬を併用しているかどうかをこちらの備考欄に追記してください。 →
	必須 必須	治療ライン 実施目的	1次治療 緩和	
	必須	実施施設	他施設	他院紹介の場合は、大崎市民病院以外の施設を「他施設」としてください。
		レジメン名	Nivo+FP	
	必須	投与薬剤(すべて右の欄に記入してください) 例)レジメン名:TC療法 ①パクリタキセル ②カルボプラチン	ニボルマブ シスプラチン 5-FU	商品名もしくは一般名をすべて正しく入力してください。
レジメン1	必須	投与開始日(曖昧指定可能)	2023/12/20	継続中の場合は「継続中」と記載。正確な日付が不明な際は、不明箇所を「9」に置き換えてください。
	必須	投与終了日(曖昧指定可能) or「継続中」	2024/4/20	例)日付が不明の場合→2020/10/99
		終了理由	無効中止	日付すべて不明な場合→9999/99/99
		最良総合効果	SD	
		増悪確認日	2024/3/3	曖昧指定可能
		Grade3以上の有害事象の有無	Grade3以上あり	
		有害事象の発現日(曖昧指定可能)	2024/2/2	
		有害事象の内容	悪心	
		上記 有害事象の最悪Grade	Grade3	
		有害事象②の発現日(曖昧指定可能)		
		有害事象の内容		
		上記 有害事象の最悪Grade		2つ以上ある場合は欄外に記載してください。

レジメン2

	必須	治療方針	保険診療	企業治験または医師主導治験を選択した場合、既承認薬を併用しているかどうかをこちらの備考欄に追記してください。 →
	必須 必須	治療ライン 実施目的	2次治療 緩和	
	必須	実施施設	他施設	他院紹介の場合は、大崎市民病院以外の施設を「他施設」としてください。
		レジメン名	Nivo+Ipi	
	必須	投与薬剤(すべて右の欄に記入してください) 例)レジメン名:TC療法 ①パクリタキセル ②カルボプラチン	ニボルマブ イピリウムマブ	商品名もしくは一般名をすべて正しく入力してください。
レジメン2	必須	投与開始日(曖昧指定可能)	2024/4/1	継続中の場合は「継続中」と記載。正確な日付が不明な際は、不明箇所を「9」に置き換えてください。
	必須	投与終了日(曖昧指定可能) or「継続中」	2025/9/9	例)日付が不明の場合→2020/10/99

	終了理由	無効中止	日付すべて不明な場合→9999/99/99
	最良総合効果	SD	
	増悪確認日		2025/8/21 曖昧指定可能
	Grade3以上の有害事象の有無	Grade3以上なし	
	有害事象①の発現日(曖昧指定可能)		
	有害事象の内容		
	上記 有害事象の最悪Grade		
	有害事象②の発現日(曖昧指定可能)		
	有害事象の内容		
	上記 有害事象の最悪Grade		2つ以上ある場合は欄を追加して記載してください。
レジメン3			
必須	治療方針	保険診療	企業治験または医師主導治験を選択した場合、既承認薬を併用しているかどうかをこちらの備考欄に追記してください。→
必須	治療ライン	3次治療	
必須	実施目的	緩和	
必須	実施施設	他施設	他院紹介の場合は、大崎市民病院以外の施設を「他施設」としてください。
	レジメン名	PTX	
	投与薬剤(すべて右の欄に記入してください)	パクリタキセル	商品名もしくは一般名をすべて正しく入
必須	例)レジメン名:TC療法		
	①パクリタキセル		
	②カルボプラチン		
レジメン3			
必須	投与開始日(曖昧指定可能)		2025/10/1 継続中の場合は「継続中」と記載。正確な日付が不明な際は、不明箇所を「9」に置き換えてください。
必須	投与終了日(曖昧指定可能) or「継続中」	継続中	例)日付が不明の場合→2020/10/99
	終了理由		日付すべて不明な場合→9999/99/99
	最良総合効果		
	増悪確認日		曖昧指定可能
	Grade3以上の有害事象の有無	Grade3以上なし	
	有害事象①の発現日(曖昧指定可能)		
	有害事象の内容		
	上記 有害事象の最悪Grade		
	有害事象②の発現日(曖昧指定可能)		
	有害事象の内容		
	上記 有害事象の最悪Grade		2つ以上ある場合は欄外に記載してください。

レジメンが書ききれない場合は、欄外(下)に枠を追加して記入をお願いします。(印刷の際、印刷範囲に注意) 入力以上です。ご協力ありがとうございました。

院外からご紹介の先生は、こちらのデータを印刷し、診療情報提供書、申込書とともに当院連携室へ郵送してください。入力内容や、がん遺伝子パネル検査後の患者様の状態・治療について、担当者からご担当の先生にお問い合わせすることがありますので、ご了承ください。