

エキスパートパネル(EP)開催前臨床情報提供書

がんゲノム情報管理センター(C-CAT)への情報登録として、エキスパートパネル(がん遺伝子パネル検査から検出された遺伝子変異について、そのエビデンスレベルを考慮して臨床的意義付けを専門家集団でおこなう会議)開催前の臨床情報が **必須** となります。

下記フォームに記載をお願い申し上げます。治療ライン毎に記載をお願いいたします。治療ラインが複数あるなどの理由で欄が不足する場合は、該当項目欄すべてをコピーしてご記載ください。お手数をおかけいたしますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

- 血液:FoundationOne Liquid CDx がんゲノムプロファイルをご希望の場合は、下記のいずれかにご記入をお願い申し上げます。

**※Liquid 理由は、診療録及び診療報酬明細書の適用欄に記載が必須となっております。
記載がない場合は、検査をお受けできませんのでご注意ください！**

FoundationOne Liquid CDx がんゲノムプロファイルを選択した理由	
<input type="checkbox"/>	医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合。 例) 検体採取から3年以上であり、標本の品質に問題がある。 例) 再生検が困難である。 など
<input type="checkbox"/>	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合 例) 他のがんゲノム医療機関でがんゲノムプロファイル検査を実施したが、検体の品質不良のため、検査中止となった場合 など。

いわき市医療センター 個別化医療センター

項目		
(必須) 病理診断名		
(必須) 診断日	西暦 年 月 日	
(必須) 臨床診断名		
(必須) 診断日	西暦 年 月 日	
(必須) 初回治療前のステージ分類	<input type="checkbox"/> 0 期 <input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期 <input type="checkbox"/> III 期 <input type="checkbox"/> IV 期 <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 不明せず <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 有→・1日の本数: 本 ・喫煙年数: 年	
(必須) アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <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	
(必須) 予後予測 約6ヶ月以上の見込みがある?	<input type="checkbox"/> 見込まれる <input type="checkbox"/> 見込まれない (約 月ほどと予想される)	
(必須) 重複がん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 活動性の記入をお願いします。発症年齢: 歳	
重複がん 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 多発がん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 活動性の記入をお願いします。発症年齢: 歳	
多発がん 活動性	<input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 非活動性 <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 既知の遺伝性疾患の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
(必須) 既知の遺伝性疾患名		
(必須) 固形がん	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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid 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 (MSI)	<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 (MSI)	<input type="checkbox"/> MSI 検査キット (FALCO) <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> G360 CDx <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"/> 正常 <input type="checkbox"/> 欠損 <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	<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"/> TMB-High (TMB スコアが 10mut/Mb 以上) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	腫瘍遺伝子変異量 -検査方法	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

*** 家族歴が多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。**

(必須) 家族歴	有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
	続柄	<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
	がん種	<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(その他、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 <input type="checkbox"/> 不明
	罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10 歳未満 <input type="checkbox"/> 10 歳以上～20 歳未満 <input type="checkbox"/> 20 歳以上～30 歳未満 <input type="checkbox"/> 30 歳以上～40 歳未満 <input type="checkbox"/> 40 歳以上～50 歳未満 <input type="checkbox"/> 50 歳以上～60 歳未満 <input type="checkbox"/> 60 歳以上～70 歳未満 <input type="checkbox"/> 70 歳以上～80 歳未満 <input type="checkbox"/> 80 歳以上～90 歳未満 <input type="checkbox"/> 90 歳以上 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) 家族歴	有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
	続柄	<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
	がん種	<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(その他、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 <input type="checkbox"/> 不明
	罹患年齢	<input type="checkbox"/> 10 歳未満 <input type="checkbox"/> 10 歳以上～20 歳未満 <input type="checkbox"/> 20 歳以上～30 歳未満 <input type="checkbox"/> 30 歳以上～40 歳未満 <input type="checkbox"/> 40 歳以上～50 歳未満 <input type="checkbox"/> 50 歳以上～60 歳未満 <input type="checkbox"/> 60 歳以上～70 歳未満 <input type="checkbox"/> 70 歳以上～80 歳未満 <input type="checkbox"/> 80 歳以上～90 歳未満 <input type="checkbox"/> 90 歳以上 <input type="checkbox"/> 不明

*** 治療レジメンが多数ある場合は、このページをコピーしてご記入ください。**

項目	内容
(必須)薬物療法実施の有無	<input type="checkbox"/> 無=>これで終わりです。 <input type="checkbox"/> 有=>以下をご記入してください
(必須)治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他
(必須)企業治験・医師主導治験を選択した場合承認薬併用治験の該当	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
(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)治療目的	<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 <input type="checkbox"/> 他施設
(必須)レジメン名	
(必須)薬剤名(一般名)	
(必須)レジメン内容変更情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(必須)投与開始日	西暦 年 月 日
(必須)投与終了日	西暦 年 月 日 または <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"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
(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 継続中の場合は「NE」を選択
(必須)増悪確認日(終了理由で「無効中止」を選択した場合のみ入力)	西暦 年 月 日

※原発部位に該当する部位のみご記入お願いいたします。

(必須) 肺	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	<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	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx targetest マルチ CDx <input type="checkbox"/> F1CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid 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
	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 融合-検査方法	<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
	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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル <input type="checkbox"/> OncoGuideAmoyDx <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	<input type="checkbox"/> オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx <input type="checkbox"/> AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 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	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) <input type="checkbox"/> SP142 <input type="checkbox"/> SP263(術後補助療法) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	陽性率	%
	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	<input type="checkbox"/> ArcherMET コンパニオン診断システム <input type="checkbox"/> AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 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	<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	<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
	アスベスト暴露歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) 唾液腺	HER2 遺伝子増幅度	<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
	HER2 遺伝子増幅度-検査方法	<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	<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

いわき市医療センター 個別化医療センター

(必須) 甲状腺	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	<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	<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

(必須) 乳房	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	<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	<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	<input type="checkbox"/> PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」 <input type="checkbox"/> ベンタナ 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"/> equivocal <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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) 食道 胃 小腸 大腸	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	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> sodon59 <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	<input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> sodon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明
	MRAS-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
	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 タンパク-検査方法	<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"/> パスビジョン 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)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能
	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	<input type="checkbox"/> MEBGEN RASKET-B キット <input type="checkbox"/> therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

いわき市医療センター 個別化医療センター

(必須) 肝臓	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
	HBV-DNA	コピー数: LogIU/ml
	HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明 or 未検査
	HCV-RNA	コピー数: LogIU/ml

(必須) 胆道	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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) 皮膚	BRAF 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
	BRAF 遺伝子変異-検査方法	<input type="checkbox"/> コパス 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

(必須) 膵臓	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	<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	<input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) 前立腺	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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システ <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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1 Liquid CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 診断システ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明

(必須) 卵巣 卵管	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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 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	<input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> BRACAnalysis 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	<input type="checkbox"/> myChoice 診断システム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明