

【検体情報 C-CAT1 章】

エキスパートパネルの開催時に臨床情報が必要となります。

がん種区分（第1階層） ※必須	<input type="checkbox"/> 中枢神経系/脳 <input type="checkbox"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 胸腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 食道/胃 <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> ファーター膨大部（ファーター乳頭部） <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱/尿路 <input type="checkbox"/> 卵巣/卵管 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 子宮頸部 <input type="checkbox"/> 外陰部/膣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> 陰茎 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 軟部組織 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ球系 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> その他（ ）
小児がん等 ※必須	<input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する

検体採取日（腫瘍組織） ※必須	（西暦） 年 月 日
検体採取方法 ※必須	<input type="checkbox"/> 生検（ ） <input type="checkbox"/> 手術（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
検体採取部位 ※必須	<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 ※必須	<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"/> 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"/> 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/リンパ管 <input type="checkbox"/> 末梢神経 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他（ ）
移植歴 ※必須	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（英語入力： ）
診断名 ※必須 ●末尾に記載してある 診断名から 選択してください	（ / ）
臨床病期 ※必須	<input type="checkbox"/> Stage1 <input type="checkbox"/> Stage2 <input type="checkbox"/> Stage3 <input type="checkbox"/> 再発/Stage4 <input type="checkbox"/> 不明/該当なし
MSI ※必須	<input type="checkbox"/> 実施済（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ） <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施予定

【臨床情報 C-CAT2 章】

エキスパートパネルの開催時に臨床情報が必要となります。

【患者背景情報・がん種情報】	
診断日 ※必須	(西暦) 年 月 日
病理診断名 ※必須	
喫煙歴 ※必須	<input type="checkbox"/> 有 (喫煙年数: 年 / 1日の本数: 本) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
ECOG PS ※必須	<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
重複がん ※必須	<input type="checkbox"/> 有 (部位①: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位②: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位③: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位④: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) (部位⑤: , 活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
多発がん ※必須	<input type="checkbox"/> 有 (活動性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移 ※必須	<input type="checkbox"/> 有 (部位①:) (部位②:) (部位③:) (部位④:) (部位⑤:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明

<p>家族歴 ※必須</p> <p>家系図添付の場合不要です</p> <p>(例:祖父母(父方)など)</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>* 家族歴詳細①</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細②</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細③</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細④</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p> <p>* 家族歴詳細⑤</p> <p>続柄： がん種： (その他の場合：) 罹患年齢：</p>
<p>肺がん症例 ※必須</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>EGFR 検査方法：<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>ALK-検査方法：<input type="checkbox"/> IHC のみ <input type="checkbox"/> FISH のみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCR のみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>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</p> <p>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</p>

	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"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 陽性率 : (%) アスベスト曝露歴 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
乳がん症例 ※必須	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 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
食道がん、胃がん、 小腸がん、大腸がん症例 ※必須	KRAS 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-type : <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <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"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 NRAS 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 NRAS-type : <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> 不明 NRAS 検査方法 : <input type="checkbox"/> PCR-rSSO 法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 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 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
肝がん症例 ※必須	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 : (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 : (LogIU/mL)
皮膚がん症例 ※必須	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

【薬物療法と有害事象】 ※レジメンの数だけコピーして御使用ください。

エキスパートパネルの開催時に薬物療法の情報が必要となります。

投与されましたレジメンの記載をお願いします。

【 薬物療法 (EP 前) 】	
治療ライン ※必須	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 次治療以降 (次治療)
実施目的 ※必須	<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
治療目的 ※必須	<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
実施施設 ※必須	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名 (商品名) ① ※必須 用量の記載までお願いします	
薬剤名 (商品名) ② ※必須 用量の記載までお願いします	
薬剤名 (商品名) ③ ※必須 用量の記載までお願いします	
レジメン内容変更情報	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
投与開始日 ※必須	(西暦) 年 月 日
投与終了日 ※必須	(西暦) 年 月 日 または <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由 ※必須	<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"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
最良総合効果 ※必須	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE

有害事象① ※必須	Grade3 以上の有害事象の有無（非血液毒性）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	発現日	(西暦) 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称 日本語	
	CACAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明
有害事象② ※必須	Grade3 以上の有害事象の有無（非血液毒性）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	発現日	(西暦) 年 月 日
	CTCAEv5.0 名称 日本語	
	CACAEv5.0 最悪 Grade	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 不明

※ 3-(4) 【 診断名 】 下記より選択し、記入してください。

頭頸部癌	
涙管癌	
眼内	扁平上皮癌
	悪性黒色腫
頭頸部	腺癌
	リンパ上皮種
	多型低悪性度腺癌
	シュナイダー癌
	紡錘形細胞癌
	扁平上皮癌
	扁平上皮性乳頭腫
	悪性黒色腫 癌（その他）
上咽頭（鼻咽頭）および副鼻腔癌	腺癌
	リンパ上皮種
	未分化癌
	扁平上皮癌
唾液腺	腺房細胞癌
	腺癌
	多形腺腫由来癌
	唾液導管癌
	乳腺類似分泌癌（MASC）
	多形性低悪性度腺癌（PLGA）
	未分化癌
	腺様嚢胞がん
	肉腫（その他）
	癌（その他）
気管	扁平上皮癌

肺癌・胸腺癌	
肺	腺癌
	扁平上皮癌
	上皮内腺癌
	腺扁平上皮癌
	大細胞癌
	大細胞神経内分泌癌
	リンパ上皮腫
	粘表皮癌
	多形腺腫
	癌肉腫
	肺芽腫
	肉腫様癌
	小細胞型未分化癌
	非小細胞肺癌（その他）
	胸腺
胸腺	胸腺腫（その他）

消化器癌	
食道	腺癌
	扁平上皮癌
	上皮内扁平上皮癌
	消化管間質腫瘍 癌（その他）
胃	腺癌 びまん型
	腺癌 腸型
	消化管間質腫瘍
	癌（その他）
小腸	腺癌
	消化管間質腫瘍
虫垂	腺癌
	粘液性腫瘍（その他）
結腸	腺癌
	扁平上皮癌
	腺扁平上皮癌
	異形成
	神経内分泌腫瘍
	神経内分泌癌
	腺腫性ポリープ
	消化管間質腫瘍
混在型上皮性神経内分泌腫瘍	
直腸	神経内分泌腫瘍
	神経内分泌癌
	腺癌
	扁平上皮癌 混在型上皮性神経内分泌腫瘍
肛門	扁平上皮癌
	悪性黒色腫
肝臓	肝細胞癌（FLO）
	肝細胞癌（HCC）
	混合型肝癌
胆管	腺癌
胆嚢	腺癌
	腺扁平上皮癌
	癌
	異形成 扁平上皮癌
肝臓	胆管細胞癌
膵臓	腺房細胞癌
	腺扁平上皮癌
	管状腺癌
	肝様癌
	充実性偽乳頭状腫瘍
	神経内分泌癌
	神経内分泌腫瘍
	膵管内乳頭粘液性腫瘍
粘液性嚢胞腺癌 癌（その他）	
膵胆管癌	（その他）

皮膚癌・悪性黒色腫	
陰	悪性黒色腫
外陰	悪性黒色腫
原発不明	悪性黒色腫
皮膚	メラノサイト異形成
	悪性黒色腫
	繊維形成性黒色腫
	グロームス腫瘍
	肉腫（その他）
	扁平上皮癌（その他）

中皮腫・骨・軟部組織腫瘍	
心膜	中皮腫
腹膜	中皮腫
胸膜	中皮腫
精巣	中皮腫
骨	軟骨肉腫
	肉腫（その他）
	巨細胞性病変（その他）
心臓	肉腫（その他）
脾臓	肉腫（その他）
軟部組織	胞巣状軟部肉腫
	明細胞肉腫
	線維形成性小円形細胞腫瘍
	円形細胞肉腫（その他）
	ユーイング肉腫
	肉腫（その他）
	滑膜肉腫
	平滑筋肉腫
	血管周囲類上皮細胞腫瘍（PEComa）
	孤立性線維性腫瘍
	メラノサイト病変
横紋筋肉腫（その他）	
乳腺	血管肉腫
肝臓	血管内皮腫
副腎	褐色細胞腫
子宮	平滑筋肉腫

前立腺癌・男性生殖器腫瘍	
前立腺	腺房腺癌
	基底細胞癌
	癌肉腫
	肉腫（その他）
	導管腺癌
	神経内分泌癌
	未分化癌
精巣	ライディッヒ細胞腫瘍
	セルトリ細胞腫瘍
	胚細胞腫（混合型）
	胚細胞腫（精上皮腫以外）
	胚細胞腫（精上皮腫）

泌尿器癌	
腎臓	嫌色素性癌
	明細胞癌
	膨大細胞腫
	乳頭状腎細胞癌
	肉腫（その他）
	腎細胞癌（その他）
膀胱	尿路上皮（移行上皮）癌
	神経内分泌癌
	小細胞癌
	腺癌
	扁平上皮癌
	消化管間質腫瘍
	癌（その他）
腎臓	尿路上皮癌
陰茎	尿路上皮癌
尿管	尿路上皮癌
	非浸潤性尿路上皮癌
尿道	非浸潤性尿路上皮癌
	腺癌
	明細胞癌
	扁平上皮癌
原発不明	尿路上皮癌
陰茎	扁平上皮癌

脳・中枢神経系腫瘍	
脳	退形成性星細胞腫
	星細胞腫
	毛様細胞性星細胞腫
	毛様類粘液性星細胞腫
	びまん性星細胞腫
	膠芽腫
	膠腫（その他）
	膠肉腫
	神経膠症
	乏突起膠腫
	乏突起星細胞腫
	退形成性乏突起膠腫
	上衣腫
	髄膜腫
胚芽異形成性神経上皮腫瘍	
中枢神経系	肉腫（その他）
	腫瘍（その他）
脊椎	星細胞腫
	膠腫（その他）
頭頸部	嗅神経芽腫
軟部組織	神経芽腫

甲状腺・内分泌腺腫瘍	
甲状腺	乳頭状癌
	ろ胞癌
	髄様癌
	未分化癌
	癌（その他）
下垂体	癌
原発不明	未分化神経内分泌癌
	未分化小細胞癌

乳腺・女性生殖器腫瘍	
乳腺	炎症性癌
	粘液癌
	神経内分泌癌
	乳頭癌
	葉状腫瘍
	非浸潤性乳管癌
	浸潤性乳管癌
	浸潤性小葉癌
	非浸潤性小葉癌
	化生癌
	癌肉腫
	腺様嚢胞癌
	筋上皮癌
	癌その他)
	子宮頸部
腺扁平上皮癌	
明細胞腺癌	
扁平上皮癌	
未分化癌	
子宮内膜	腺癌 (その他)
	明細胞腺癌
	類内膜腺癌
	混合型腺癌
子宮	腺肉腫
	内膜間質肉腫
	癌肉腫
	肉腫 (その他)
卵管	腺癌
	混合型癌
	癌肉腫
	類内膜癌
	漿液性癌
卵巢	腺肉腫
	混合型癌
	癌肉腫
	明細胞癌
	類内膜腺癌
	類内膜境界悪性腫瘍 (EBT/APET)
	上皮性癌 (その他)
	神経内分泌癌
	小細胞癌 高カルシウム血症型
	移行上皮癌
	漿液性癌
	漿液性癌 (high grade)
	漿液性癌 (low grade)
	漿液性腫瘍 (LMP)
	粘液性癌
	顆粒膜細胞腫瘍
	性索間質腫瘍
胚細胞腫	
肉腫 (その他)	
腹膜癌	混合型
腹膜	癌肉腫
	明細胞癌
	類内膜腺癌
	類内膜癌
	漿液性癌
	漿液性腫瘍 (低悪性度)
粘液性癌	
胎盤	絨毛癌
	トロホプラスト性腫瘍
原発不明	漿液性癌
	類内膜癌
膣	扁平上皮癌
外陰部	扁平上皮癌

原発不明癌	
原発不明	腺癌
	肉腫様癌
	肉腫 (その他)
	悪性新生物 (その他)
	扁平上皮癌
	胚細胞腫瘍
	消化管間質腫瘍
	中皮腫
	漿液性癌
原発不明癌	(その他)

希少がん	
副腎	副腎皮質癌
ファーター-乳頭部	腺癌
皮膚	基底細胞癌
	皮膚繊維肉腫
	乳房外バジェット病
	メルケル細胞癌
軟部組織	付属器癌
	線維腫症
	脂肪肉腫
尿管管癌	NUT正中腺癌
	(その他)