

「がん遺伝子パネル検査」にはこれまで施行した薬物療法の情報が必要です  
 投与されたレジメン毎に記載をお願いします（2レジメン→2枚の記載が必要です）

「腫瘍内科専門外来」薬物療法情報

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

薬物療法 (紹介前)	治療ライン：
	治療方針： <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 → 承認薬併用治験への該当： <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する
	治療目的： <input type="checkbox"/> 術前補助 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 根治的 <input type="checkbox"/> その他 _____
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名：
	薬剤名：
	レジメン変更内容：
	投与開始日：
	投与終了日：
	終了理由： <input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止（有害事象：_____） <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	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
	効果判定日：
	有害事象 (紹介前)
有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語： CTCAEv5.0 最悪 Grede： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 発現日：	
有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語： CTCAEv5.0 最悪 Grede： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 発現日：	
有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語： CTCAEv5.0 最悪 Grede： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 発現日：	

ご協力ありがとうございました