

医師連携用 ご記入いただき送り下さい。

行先:

TEL

## がん遺伝子パネル検査 予約申込書

エキスパートパネル開催時に必要となる臨床情報を、下記フォームにご記載ください。

ご協力よろしく申し上げます。

貴院の情報を記載してください。	
名称	
住所	
担当科・担当医師	
担当者	
電話番号	
FAX番号	

ご紹介患者情報 等 (記載、またはチェック☑してください)	
ふりがな	
氏名	
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
旧姓	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし
現住所	〒
連絡先電話番号	
疾患名	
希望検査	<input type="checkbox"/> NCCオンコパネル <input type="checkbox"/> FoundationOne® CDxゲノムプロファイル <input type="checkbox"/> LiquidCD x <input type="checkbox"/> Guardant360® CDx
徳島大学病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ( 科) ※ わかる範囲で <input type="checkbox"/> 無

受診希望日 等	
受診 希望日	第1: 月 日 曜日 <input type="checkbox"/> 希望なし
現在の患者さんの状況	<input type="checkbox"/> 貴院入院中 <input type="checkbox"/> 帰宅され、貴院より連絡待ち <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )

【患者情報】	
予後の状態に ☑をお書きください	<input type="checkbox"/> 1か月~3か月 <input type="checkbox"/> 3か月~6か月 <input type="checkbox"/> 6か月~1年 <input type="checkbox"/> 1年以上
喫煙歴有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
喫煙年数	( )年 1日の本数 ( )本/日
アルコール多飲の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
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
重複がん有無(異なる臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 重複がん部位( )
多発がん有無(同一臓器)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
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
臨床診断名	
診断日	(西暦) 年 月 日
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
即知の遺伝性疾患の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

【登録時転移】	
登録時転移の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
登録時転移の部位	<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"/> 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"/> 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"/> 末梢神経系 <input type="checkbox"/> 原発不明 <input type="checkbox"/> その他

患者名

【臨床情報】	
(記載、またはチェック☑してください)	
項目	内容
病理診断名	
初発診断日	(西暦) 年 月 日
再発診断時	(西暦) 年 月 日
臨床診断名	
診断日(曖昧指定可)	(西暦) 年 月 日
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
再発診断時	(西暦) 年 月 日
重複がん	<input type="checkbox"/> 有有の場合は(部位: _____, 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	<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	<input type="checkbox"/> 有(部位: 転移① 転移② 転移③ 転移④ 転移⑤) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
MSI 検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> MSI-H
BRACAnalysis	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(VUS) <input type="checkbox"/> 陽性

固形がん	<p>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"/> 不明または未検査</p> <p>マイクロサテライト不安定性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>ミスマッチ修復機能 <input type="checkbox"/> pMMR(正常) <input type="checkbox"/> dMMR(欠損) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p>
肺がん症例	<p>EGFR : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>EGFR-検査方法: <input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> オンコマインDxtarge TestマルチCDx <input type="checkbox"/> F1 CDx <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</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"/> 不明または未検査</p> <p>ALK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"/> F1Liquid 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</p> <p>ROS-1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>ROS-1検査方法 <input type="checkbox"/> F1 CDx <input type="checkbox"/> F1Liquid 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"/> OncoGuide AmoyDx <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>BRAF (V600): <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>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</p> <p>PD-L1 (IHC): <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>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</p> <p>PD-L1 (IHC)陽性率: %</p> <p>MET遺伝子エクソン14 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>スキッピング変異</p> <p>MET遺伝子エクソン14 <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</p> <p>スキッピング変異検査方法 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>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"/> 不明または未検査</p> <p>KRAS G12C遺伝子変異-検査方法 <input type="checkbox"/> theascreen <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>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"/> 不明または未検査</p> <p>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</p> <p>アスベスト暴露歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明</p>
乳がん症例	<p>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"/> 不明または未検査</p> <p>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"/> 不明または未検査</p> <p>ER: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>PgR: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>gBRCA1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>gBRCA2: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>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"/> 不明または未検査</p> <p>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"/> 不明または未検査</p>
食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例	<p>KRAS: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>NRAS: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>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"/> 不明または未検査</p> <p>HER2タンパク-検査方法: <input type="checkbox"/> ペンタナultraViewパスウェーHER2(4B5) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明</p> <p>EGFR (IHC): <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>BRAF (V600): <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p>
肝がん症例	<p>HBsAg: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>HBs抗体: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>HBV-DNA ( )</p> <p>HCV抗体: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 不明または未検査</p> <p>HCV-RNA ( )</p>

皮膚がん症例	BRAF (V600) : <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査
卵巣/卵管がん症例	gBRCA1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 gBRCA2: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 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"/> 不明または未検査 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
胆道がん	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"/> 不明または未検査
膵がん	gBRCA1: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 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"/> 不明または未検査 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
甲状腺がん	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"/> 不明または未検査 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"/> 不明または未検査
唾液腺がん	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"/> 不明または未検査 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"/> 不明または未検査
前立腺がん	gBRCA1 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査 gBRCA2 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明または未検査

貴院での病理番号	検体識別番号：
検体種別	<input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> 新鮮凍結
腫瘍細胞含有割合	%
検体採取日（腫瘍組織）	採取日：
検体採取方法	<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	<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	具体的な採取部位：

【薬物療法歴】

投与したレジメン毎に記載をお願いします。  
欄が足りない場合は、コピーしてご記載ください。

総レジメン数 \_\_\_\_\_

項目	内容
薬物療法 1次治療 (EP前)	治療ライン：ライン
	実施目的： <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
	実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
	レジメン名：
	薬剤名：
	投与時の薬剤承認状況： <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認（治験）
	レジメン内容変更情報： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	投与開始日：2000/01/01
	投与終了日：2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中
	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"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明
最良総合効果： <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
有害事象 (EP前)	Grade3以上有害事象の有無（非血液毒性）： <input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
	有害事象① CTCAEv5.0名称 日本語：
	有害事象① CTCAEv5.0最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象① 発現日2000/01/01
	有害事象内容（ ）
	有害事象② CTCAEv5.0名称 日本語：
	有害事象② CTCAEv5.0最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象② 発現日2000/01/01
	有害事象③ CTCAEv5.0名称 日本語：
	有害事象③ CTCAEv5.0最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	有害事象③ 発現日2000/01/01

項目	内容	
薬物療法 (EP前) 2次治療	治療ライン: ライン	
	実施目的: <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"/> 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:	
	投与時の薬剤承認状況: <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認(治験)	
	レジメン内容変更情報: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	投与開始日: 2000/01/01	
	投与終了日: 2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中	
	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"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
	最良総合効果: <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
	有害事象 (EP前)	Grade3以上有害事象の有無(非血液毒性): <input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
		有害事象① CTCAEv5.0名称 日本語:
	有害事象① CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	有害事象① 発現日2000/01/01	
	有害事象内容( )	
	有害事象② CTCAEv5.0名称 日本語:	
	有害事象② CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	有害事象② 発現日2000/01/01	
	有害事象③ CTCAEv5.0名称 日本語:	
	有害事象③ CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	有害事象③ 発現日2000/01/01	
項目	内容	
薬物療法 (EP前) 3次治療	治療ライン: ライン	
	実施目的: <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"/> 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:	
	投与時の薬剤承認状況: <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認(治験)	
	レジメン内容変更情報: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	投与開始日: 2000/01/01	
	投与終了日: 2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中	
	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"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
	最良総合効果: <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
	有害事象 (EP前)	Grade3以上有害事象の有無(非血液毒性): <input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
		有害事象① CTCAEv5.0名称 日本語:
	有害事象① CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	有害事象① 発現日2000/01/01	
	有害事象内容( )	
	有害事象② CTCAEv5.0名称 日本語:	
	有害事象② CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	有害事象② 発現日2000/01/01	
	有害事象③ CTCAEv5.0名称 日本語:	
	有害事象③ CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	有害事象③ 発現日2000/01/01	

項目	内容	
薬物療法 4次治療 (EP前)	治療ライン: ライン	
	実施目的: <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"/> 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:	
	投与時の薬剤承認状況: <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験)	
	レジメン内容変更情報: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	投与開始日: 2000/01/01	
	投与終了日: 2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中	
	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"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
	最良総合効果: <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
	有害事象 (EP前)	Grade3以上有害事象の有無 (非血液毒性): <input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
		有害事象① CTCAEv5.0名称 日本語: 有害事象① CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 有害事象① 発現日2000/01/01 有害事象内容( ) 有害事象② CTCAEv5.0名称 日本語: 有害事象② CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 有害事象② 発現日2000/01/01 有害事象③ CTCAEv5.0名称 日本語: 有害事象③ CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 有害事象③ 発現日2000/01/01
項目	内容	
薬物療法 5次治療 (EP前)	治療ライン: ライン	
	実施目的: <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"/> 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:	
	投与時の薬剤承認状況: <input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認 (治験)	
	レジメン内容変更情報: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	投与開始日: 2000/01/01	
	投与終了日: 2000/01/01 または <input type="checkbox"/> 継続中	
	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"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明	
	最良総合効果: <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	
	有害事象 (EP前)	Grade3以上有害事象の有無 (非血液毒性): <input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり
		有害事象① CTCAEv5.0名称 日本語: 有害事象① CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 有害事象① 発現日2000/01/01 有害事象② CTCAEv5.0名称 日本語: 有害事象② CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 有害事象② 発現日2000/01/01 有害事象③ CTCAEv5.0名称 日本語: 有害事象③ CTCAEv5.0最悪 Grade: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 有害事象③ 発現日2000/01/01

※5次治療以降ある場合は  
コピーしてご記入ください