【がん遺伝子パネル検査用】
化学療法情報提供用紙

記入日　　年　　月　　日

投与されたレジメンごとに記載してください。
1レジメンにつき、1枚の記載が必要になります。
ホッチキスなどで止めて提出してください。

全（　　）レジメンのうち
（　　）枚目

1枚目のみ記入	患者名	生年月日　　年　　月　　日

薬物療法	治療ライン:　　ライン	
	治療目的：□術前補助　□術後補助　□根治的　□緩和的　□その他	
	実施施設：□自施設　□他施設	
	レジメン名：	
	薬剤名：（　　）□適応内　□適応外　□未承認（治験） （　　）□適応内　□適応外　□未承認（治験） （　　）□適応内　□適応外　□未承認（治験） （　　）□適応内　□適応外　□未承認（治験） （　　）□適応内　□適応外　□未承認（治験）	
	レジメン内容変更情報: □無　□有（　　）	
	投与開始日：西暦　　年　　月　　日	
	投与終了日：西暦　　年　　月　　日　または　□継続中	
	終了理由：□計画通り終了 □無効中止 □副作用等で中止 □本人希望で中止 □その他　□不明	
	最良総合効果：□ CR　□ PR　□ SD　□ PD　□ NE	
	効果判定日：　西暦　　年　　月　　日	
	Grade3 以上有害事象の有無（非血液毒性）:□無　□有	
有害事象	有害事象①	CTCAEv5.0 名称（日本語）（　　） CTCAEv5.0 最悪　Grade:□3 □4 発現日: 西暦　　年　　月　　日
	有害事象②	CTCAEv5.0 名称（日本語）（　　） CTCAEv5.0 最悪　Grade:□3 □4 発現日: 西暦　　年　　月　　日
	有害事象③	CTCAEv5.0 名称（日本語）（　　） CTCAEv5.0 最悪　Grade:□3 □4 発現日: 西暦　　年　　月　　日