

パネル検査の申し込みに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レジメンですと、2枚の記載が必要となります。

| 項目 | 内容 |
|-----------|--|
| 薬物療法（紹介前） | 治療ライン： <input type="text" value="ライン"/> |
| | 治療目的： <input type="text" value="○ 術前補助 ○ 術後補助 ○ 根治的 ○ 緩和的 ○ その他"/> |
| | 実施施設： <input type="text" value="○ 自施設 ○ 他施設"/> |
| | レジメン名： |
| | 薬剤名： |
| | 投与時の薬剤承認状況： <input type="text" value="○ 適応内 ○ 適応外 ○ 未承認（治験）"/> |
| | レジメン内容変更コメント： <input type="text" value="○ 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 <input type="checkbox"/> 継続中 |
| | 終了理由： <input type="text" value="○ 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： <input type="text" value="○ CR ○ PR ○ SD ○ PD ○ NE"/> |
| | 効果判定日：西暦 年 月 日 |
| 有害事象（紹介前） | Grade3以上有害事象の有無（非血液毒性）： <input type="text" value="○ 無 ○ 有"/> |
| | 有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語： CTCAEv5.0 最悪Grade： <input type="text" value="○ 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： <input type="text" value="○ 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： <input type="text" value="○ 3 ○ 4"/> 発現日 西暦 年 月 日 |

ご協力ありがとうございました。