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。

北海道大学病院 がん遺伝子診断部 FAX (011) 706-8522

患者名

項目	内容
薬物療法（紹介前）	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：
	投与時の薬剤承認状況：　○適応内　○適応外　○未承認（治験）
	レジメン内容変更コメント：　○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　○本人希望で中止 ○副作用等で中止（有害事象　　）○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
有害事象（紹介前）	Grade3以上有害事象の有無（非血液毒性）：　○無　○有
	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

ご協力ありがとうございました。

北海道大学病院 がん遺伝子診断部