病院御中

提供元病院：

担当者：

作成日：

**エキスパートパネル（EP）開催前の薬物療法と有害事象**

エキスパートパネルの開催時に薬物療法の情報が必要となります。投与されましたレジメ毎に記載をお願いします。

初診時にいただきました紹介状に記載された臨床情報に追加をお願いいたします。

初診時の紹介状を作成される際に、下記フォームを使用していただければ、紹介状の記載は簡易なもので問題ありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介状で記載 | 項目 | 内容 |
| [ ]  | 薬物療法（EP前） | 実施の有無：[ ] 有[ ] 無 |
| [ ]  | 治療ライン： |
| [ ]  | 治療目的： |
| [ ]  | 実施施設：[ ] 自施設[ ] 他施設 |
| [ ]  | レジメン名： |
| [ ]  | 薬剤名（商品名、規格）： |
| [ ]  | レジメン内容変更情報: [ ] 有[ ] 無 |
| [ ]  | 投与開始日： |
| [ ]  | 投与終了日：　　　　　　　　　　　　または　[ ] 継続中 |
| [ ]  | 終了理由： |
| [ ]  | 最良総合効果：[ ] CR[ ] PR[ ] SD[ ] PD[ ] NE |
| [ ]  | 有害事象（EP前） | Grade3以上有害事象の有無（非血液毒性）：[ ] 有[ ] 無[ ] 不明 |
| [ ]  |  | 有害事象①　CTCAEv5.0名称　日本語： |
| [ ]  | 有害事象①　CTCAEv5.0最悪　Grade：[ ] 3[ ] 4 |
| [ ]  | 有害事象①　発現日 |
| [ ]  | 有害事象②　CTCAEv5.0名称　日本語： |
| [ ]  | 有害事象②　CTCAEv5.0最悪　Grade：[ ] 3[ ] 4 |
| [ ]  | 有害事象②　発現日 |
| [ ]  | 有害事象③　CTCAEv5.0名称　日本語： |
| [ ]  | 有害事象③　CTCAEv5.0最悪　Grade：[ ] 3[ ] 4 |
| [ ]  | 有害事象③　発現日 |

ご協力ありがとうございました。