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 |
| [ ]  | 治療方針：[ ] 企業治験[ ] 医師主導治験[ ] 先進医療　　　　　　　　　　　　[ ] 患者申出療養[ ] 保険診療[ ] その他 |
| [ ]  | 承認薬併用治験への該当[ ] 該当する[ ] 該当しない |
| [ ]  | 治療ライン：[ ] 1次治療[ ] 2次治療[ ] 3次治療[ ] 4次治療[ ] 5次治療以降[ ] 不明 |
| [ ]  | 治療目的：[ ] 根治[ ] 緩和[ ] 術前補助療法[ ] 術後補助療法[ ] その他 |
| [ ]  | 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：[ ] 計画通り終了[ ] 無効中止[ ] 副作用等で中止[ ] 本人希望により中止[ ] その他理由で中止[ ] 不明 |
| [ ]  | 最良総合効果：[ ] CR[ ] PR[ ] SD[ ] PD[ ] NE |
| [ ]  |  | 増悪確認日： |
| [ ]  | 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[ ] 5[ ] 不明 |
| [ ]  | 有害事象①　発現日 |
| [ ]  | 有害事象②　CTCAEv5.0最悪　Grade：[ ] 3[ ] 4[ ] 5[ ] 不明 |
| [ ]  | 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[ ] 5[ ] 不明 |
| [ ]  | 有害事象③　発現日 |
| [ ]  |  | 中止に至った有害事象名(日本語)Grade：[ ] 3[ ] 4[ ] 5[ ] 不明 |

ご協力ありがとうございました。