

ID :

患者名 :

【薬物療法 (エキスパートパネル前)】

総レジメン数 () レジメン

※欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

※漏れなく記載してください。

1次治療

実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名 (規格、メーカー名)	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日 (最終投与日)	西暦 年 月 日 (or 継続中)
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 有害事象のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
増悪確認日 (無効中止の場合記載)	西暦 年 月 日
中止に至った有害事象 (有害事象で終了の場合記載)	西暦 年 月 日 CTCAEv5.0名称 () Grade
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR (完全奏効) <input type="checkbox"/> PR (部分奏効) <input type="checkbox"/> SD (安定) <input type="checkbox"/> PD (進行) <input type="checkbox"/> NE (評価不能)
有害事象	Grade3以上の有害事象 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
Grade3以上の 有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の 有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の 有害事象③	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade

※同じ有害事象を複数回発症した場合は最初の発症のみをご記入ください。

2次治療

実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（規格、メーカー名）	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日（最終投与日）	西暦 年 月 日（or 継続中）
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 有害事象のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
増悪確認日 <small>（無効中止の場合記載）</small>	西暦 年 月 日
中止に至った有害事象 <small>（有害事象で終了の場合記載）</small>	西暦 年 月 日 CTCAEv5.0名称（ ） Grade
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR（完全奏効） <input type="checkbox"/> PR（部分奏効） <input type="checkbox"/> SD（安定） <input type="checkbox"/> PD（進行） <input type="checkbox"/> NE（評価不能）
有害事象	Grade3以上の有害事象 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
Grade3以上の有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称（ ）
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称（ ）
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の有害事象③	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称（ ）
	CTCAEv5.0最悪Grade

※同じ有害事象を複数回発症した場合は最初の発症のみをご記入ください。

3次治療

実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名（規格、メーカー名）	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日（最終投与日）	西暦 年 月 日 (or 継続中)
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 有害事象のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
増悪確認日 (無効中止の場合記載)	西暦 年 月 日
中止に至った有害事象 (有害事象で終了の場合記載)	西暦 年 月 日 CTCAEv5.0名称 () Grade
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR (完全奏効) <input type="checkbox"/> PR (部分奏効) <input type="checkbox"/> SD (安定) <input type="checkbox"/> PD (進行) <input type="checkbox"/> NE (評価不能)
有害事象	Grade3以上の有害事象 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
Grade3以上の 有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の 有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の 有害事象③	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade

※同じ有害事象を複数回発症した場合は最初の発症のみをご記入ください。

次治療

実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
実施施設	<input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
レジメン名	
薬剤名 (規格、メーカー名)	
投与開始日	西暦 年 月 日
投与終了日 (最終投与日)	西暦 年 月 日 (or 継続中)
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 有害事象のため <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
増悪確認日 (無効中止の場合記載)	西暦 年 月 日
中止に至った有害事象 (有害事象で終了の場合記載)	西暦 年 月 日 CTCAEv5.0名称 () Grade
最良総合効果	<input type="checkbox"/> CR (完全奏効) <input type="checkbox"/> PR (部分奏効) <input type="checkbox"/> SD (安定) <input type="checkbox"/> PD (進行) <input type="checkbox"/> NE (評価不能)
有害事象	Grade3以上の有害事象 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
Grade3以上の 有害事象①	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の 有害事象②	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade
Grade3以上の 有害事象③	発現日 西暦 年 月 日
	CTCAEv5.0名称 ()
	CTCAEv5.0最悪Grade

※同じ有害事象を複数回発症した場合は最初の発症のみをご記入ください。