

## がん遺伝子パネル検査申込書②（薬剤情報）

旭川厚生病院 遺伝・ゲノム診療科紹介時に記載をお願いいたします。



JA北海道厚生連 旭川厚生病院

遺伝・ゲノム診療科

FAX 0166-33-8233

- ◆ パネル検査の申し込みには、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。**
- ◆ 施行したレジメンが全て記載できる枚数分、本ページをコピーして作成をお願いします。

患者名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

薬物療法(紹介前)	治療ライン:	_____		
	治療目的:	<input type="checkbox"/> 術前補助 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 根治的 <input type="checkbox"/> 緩和的 <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:	_____		
	投与時の薬剤承認状況:	<input type="checkbox"/> 適応内 <input type="checkbox"/> 適応外 <input type="checkbox"/> 未承認(治験)		
	レジメン内容変更コメント:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )		
	投与開始日:	西暦	_____年	_____月 _____日
	投与終了日:	西暦	_____年	_____月 _____日 又は <input type="checkbox"/> 継続中
	終了理由:	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人希望で中止 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明		
最良総合効果:	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE			
効果判定日:	西暦	_____年	_____月 _____日	
有害事象(紹介前) Grade3または4のみ の場合	Grade3以上有害事象の有無(非血液毒性)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
有害事象①	CTCAEv5.0 事象内容:	_____ <b>Grade3または4の場合のみ</b>		
	CTCAEv5.0 最悪Grade:	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	発現日	西暦	_____年 _____月 _____日	
有害事象②	CTCAEv5.0 事象内容:	_____ <b>Grade3または4の場合のみ</b>		
	CTCAEv5.0 最悪Grade:	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	発現日	西暦	_____年 _____月 _____日	
有害事象③	CTCAEv5.0 事象内容:	_____ <b>Grade3または4の場合のみ</b>		
	CTCAEv5.0 最悪Grade:	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
	発現日	西暦	_____年 _____月 _____日	

ご協力ありがとうございました。

JA北海道厚生連 旭川厚生病院

遺伝・ゲノム診療科