院外用

がんゲノムプロファイリング検査
化学療法情報提供書

・すべての化学療法歴を、レジメンごとに記載して下さい。

・レジメン数が多いときは、次ページをコピーしてお使い下さい。

総レジメン数：

レジメン１

レジメン名　[　　]

①実施目的（何れかをチェックして下さい）

□術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□その他

②実施施設（何れかをチェックして下さい）

□自施設　□他施設

③薬剤（複数ある場合すべて記載して下さい）

薬剤名 1：　（□適応内　□適応外　□未承認（治験薬））

薬剤名 2：　（□適応内　□適応外　□未承認（治験薬））

薬剤名３：　（□適応内　□適応外　□未承認（治験薬））

⋮

④投薬開始日：20　　年　　月　　日

以下の何れかをチェックして下さい

□継続　　□終了→投薬終了日：20　　年　　月　　日

終了理由　□計画通り　□無効中止　□副作用等　□本人希望　□その他　□不明

⑤最良総合効果（何れかをチェックして下さい）

□CR　□PR　□SD　□PD　□NE

⑥血液毒性を除く Grade3 以上有害事象の有無（何れかをチェックして下さい）

□Grade3 以上なし

□Grade3 以上あり→有害事象名：

事象確認日：20　　年　　月　　日

レジメン 2

レジメン名　[　　]

①実施目的（何れかをチェックして下さい）

□術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□その他

②実施施設（何れかをチェックして下さい）

□自施設　□他施設

③薬剤（複数ある場合すべて記載して下さい）

薬剤名 1：　（□適応内　□適応外　□未承認（治験薬））

薬剤名 2：　（□適応内　□適応外　□未承認（治験薬））

薬剤名 3：　（□適応内　□適応外　□未承認（治験薬））

⋮

④投薬開始日：20　　年　　月　　日

以下の何れかをチェックして下さい

□継続　　□終了→投薬終了日：20　　年　　月　　日

終了理由　□計画通り　□無効中止　□副作用等　□本人希望　□その他　□不明

⑤最良総合効果（何れかをチェックして下さい）

□CR　□PR　□SD　□PD　□NE

⑥血液毒性を除く Grade3 以上有害事象の有無（何れかをチェックして下さい）

□Grade3 以上なし

□Grade3 以上あり→有害事象名：

事象確認日：20　　年　　月　　日

⋮