

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。

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

ご協力ありがとうございました。