

ご施設名: _____

患者氏名 _____ 様

貴院ID: _____

当院ID: _____

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(1)

項目	内容
転帰(EP検査後)	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明
最終生存確認日	西暦 年 月 日
死亡日	西暦 年 月 日
死因	<input type="checkbox"/> 原病死 <input type="checkbox"/> 他部位のがん死 <input type="checkbox"/> 他病死 <input type="checkbox"/> 不明

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(2)

項目	内容
EPの結果新たな治療薬の選択肢が提示された	<input type="checkbox"/> はい →臨床情報①(3)をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ →臨床情報①(5)をご記入ください

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(3)

項目	内容
提示された治療薬を投与した (他院で投与した場合も含む)	<input type="checkbox"/> はい →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ →臨床情報①(4)をご記入ください

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(4)

項目	内容
提示された治療薬投与しなかった理由	<input type="checkbox"/> EP提示の治験等に参加できなかった <input type="checkbox"/> 主治医の主に臨床的な判断 <input type="checkbox"/> 患者側の希望または事情 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他(詳細: _____) * 前治療継続が理由であれば「その他」を選択→臨床情報②をご記入ください

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(5)

項目	内容
(a)前治療継続の有無	<input type="checkbox"/> あり →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> なし →(b)へ
(b)提示されなかったが、遺伝子異常に基づく治療、治験、臨床研究を実施	<input type="checkbox"/> あり →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> なし →(c)へ
(c)その他のレジメンを実施した	<input type="checkbox"/> あり →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> 無治療経過 <input type="checkbox"/> その他(_____)