

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(_____)

エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報②(1ページ目)

複数のレジメンを実施されている場合はコピーしてご使用ください

治療ライン (※必須)	<input type="checkbox"/> 1次治療	<input type="checkbox"/> 2次治療	<input type="checkbox"/> 3次治療
	<input type="checkbox"/> 4次治療	<input type="checkbox"/> 5次治療以降	
治療方針 (※必須)	<input type="checkbox"/> 企業治験	<input type="checkbox"/> 医師主導治験	<input type="checkbox"/> 先進医療
	<input type="checkbox"/> 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> その他
承認薬併用治験へ 該当(※必須)	<input type="checkbox"/> 該当しない	<input type="checkbox"/> 該当する	
実施施設(※必須)	他施設		
レジメン名 (※必須)			
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 変更情報	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	
身長/体重	(cm)	(kg)	
投与開始日 (西暦)(※必須)	/	/	
投与終了日 (西暦)(※必須)	/	/	<input type="checkbox"/> 継続中
投与終了理由 (※必須)	<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"/> 本人希望により中止	<input type="checkbox"/> 死亡中止	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> その他理由で中止()		
最良総合効果 (※必須)	<input type="checkbox"/> CR	<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> SD
	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> NE	
増悪確認日 (西暦)(※必須)	/	/	

エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報②(2ページ目)

複数のレジメンを実施されている場合はコピーしてご使用ください

薬剤名 (一般名 ※必須) /(商品名)				
(初回)投与量				
単位	<input type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> mg/kg	<input type="checkbox"/> IU/body
用法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 筋注	<input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 動注	<input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 皮下
薬剤名 (一般名 ※必須) /(商品名)				
(初回)投与量				
単位	<input type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> mg/kg	<input type="checkbox"/> IU/body
用法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 筋注	<input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 動注	<input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 皮下
薬剤名 (一般名 ※必須) /(商品名)				
(初回)投与量				
単位	<input type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> mg/kg	<input type="checkbox"/> IU/body
用法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 筋注	<input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 動注	<input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 皮下
薬剤名 (一般名 ※必須) /(商品名)				
(初回)投与量				
単位	<input type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> mg/kg	<input type="checkbox"/> IU/body
用法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 筋注	<input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 動注	<input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 皮下

Grade 3以上 有害事象の有無	<input type="checkbox"/> Grade3以上なし <input type="checkbox"/> Grade3以上あり(以下記載) <input type="checkbox"/> 不明		
①有害事象名 (CTCAEv5.0)	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止に至った有害事象である		
発現日	/ /		
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
②有害事象名 (CTCAEv5.0)	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止に至った有害事象である		
発現日	/ /		
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
③有害事象名 (CTCAEv5.0)	<input type="checkbox"/> 副作用等で中止に至った有害事象である		
発現日	/ /		
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade3	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5 <input type="checkbox"/> 不明
上記以外に、中止に 至った有害事象	<input type="checkbox"/> あり(以下記載) <input type="checkbox"/> 不明		
①中止に至った有 害事象名 (CTCAEv5.0)			
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3
	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明
②中止に至った有 害事象名 (CTCAEv5.0)			
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3
	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明
③中止に至った有 害事象名 (CTCAEv5.0)			
最悪Grade	<input type="checkbox"/> Grade1	<input type="checkbox"/> Grade2	<input type="checkbox"/> Grade3
	<input type="checkbox"/> Grade4	<input type="checkbox"/> Grade5	<input type="checkbox"/> 不明