

病院御中

提供元病院： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

作成日： \_\_\_\_\_

### エキスパートパネル（EP）開催後の薬物療法と有害事象

エキスパートパネルの開催後の薬物療法の情報が必要となります。投与されましたレジメ毎に記載をお願いします。フリー記載の紹介状でも可能です。下記フォームを使用していただければ、紹介上の記載は簡易なもので問題ありません。

紹介状で記載	項目	内容
<input type="checkbox"/>	薬物療法（EP 後）	EPの結果治療薬の選択肢が提示された： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/>		提示された治療薬を投与した（他院で投薬した場合を含む）： <input type="checkbox"/> 投与した <input type="checkbox"/> 投与しなかった <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>		提示された治療薬を投与しなかった理由： 提示された治療薬を投与しなかった理由
<input type="checkbox"/>		治療方針：治療方針
<input type="checkbox"/>		治療ライン：ライン
<input type="checkbox"/>		実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
<input type="checkbox"/>		身長：        cm
<input type="checkbox"/>		体重：        kg
<input type="checkbox"/>		レジメン名：
<input type="checkbox"/>		薬剤名（商品名、規格）：
<input type="checkbox"/>		レジメン内容変更情報： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>		初回投与量：（        ）単位    用法
<input type="checkbox"/>		投与開始日：
<input type="checkbox"/>		投与終了日：                    または <input type="checkbox"/> 継続中
<input type="checkbox"/>		終了理由：理由
<input type="checkbox"/>		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
<input type="checkbox"/>		増悪確認日：
<input type="checkbox"/>	有害事象（EP 後）	Grade3 以上有害事象の有無（非血液毒性）： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/>		有害事象① CTCAEv5.0 名称 日本語：
<input type="checkbox"/>		有害事象① CTCAEv5.0 最悪 Grade： <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/>		有害事象① 発現日：

<input type="checkbox"/>		有害事象② CTCAEv5.0 名称 日本語 :
<input type="checkbox"/>		有害事象② CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/>		有害事象② 発現日 :
<input type="checkbox"/>		有害事象③ CTCAEv5.0 名称 日本語 :
<input type="checkbox"/>		有害事象③ CTCAEv5.0 最悪 Grade : <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/>		有害事象③ 発現日 :

ご協力ありがとうございました。