

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）開催前の薬物療法と有害事象

エキスパートパネルの開催時に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。

初診時にいただきました紹介状に記載された臨床情報に追加をお願いいたします。

初診時の紹介状を作成される際に、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 前）	実施の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>		治療ライン：ライン
<input type="checkbox"/>		治療目的：目的
<input type="checkbox"/>		実施施設： <input type="checkbox"/> 自施設 <input type="checkbox"/> 他施設
<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"/>		投与開始日：
<input type="checkbox"/>		投与終了日： <input type="checkbox"/> 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"/>		有害事象（EP 前）
<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。