

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: ☐ 術前補助 ☐ 術後補助 ☐ 根治的 ☐ 緩和的 ☐ その他
	実施施設: ☐ 自施設 ☐ 他施設
	レジメン名:
	薬剤名:
	投与時の薬剤承認状況: ☐ 適応内 ☐ 適応外 ☐ 未承認（治験）
	レジメン内容変更コメント: ☐ 無 ☐ 有（ ）
	投与開始日: 西暦 年 月 日
	投与終了日: 西暦 年 月 日 または ☐ 継続中
	終了理由: ☐ 計画通り終了 ☐ 無効中止 ☐ 副作用等で中止 ☐ 本人希望で中止 ☐ その他 ☐ 不明
	最良総合効果: ☐ CR ☐ PR ☐ SD ☐ PD ☐ 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): ☐ 無 ☐ 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: ☐ 3 ☐ 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: ☐ 3 ☐ 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: ☐ 3 ☐ 4 発現日 西暦 年 月 日

ご協力ありがとうございました。

北海道がんセンター がんゲノム医療センター