**がん遺伝子パネル検査診療情報提供書**

病院名：

診療科：

担当医師名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日：2023年1月1日

|  |
| --- |
| **患者基本情報** |
|  |  |
| 性別 | [ ] 男　[ ] 女　[ ] 未入力・不明 |
| 生年月日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

|  |
| --- |
| **転帰情報** |
| 転帰（EP後） | [ ] 生存　[ ] 死亡　[ ] 不明もしくは追跡不可 |
| 最終生存確認日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日） |
| 死亡日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日） |
| 死因 | [ ] 原病死　[ ] 他部位のがん死　[ ] 他病死　[ ] 不明 |

|  |
| --- |
| **がん種情報（ＣＧＰ後）** |
| 病名変更の有無 | [ ] あり（管理番号＃ ）　[ ] なし　[ ] 不明 |
| 管理番号につきましては、下記URLの「がん種区分がん種リスト」をご参照くださいC-CAT調査結果に関して｜国立がん研究センター（<https://www.ncc.go.jp/jp/c_cat/jitsumushya/020/index.html>） |

**次のページへ☞**

**※記載方法についてご不明な点がございましたら、genome-as@yamanashi.ac.jpまで**

**お問い合わせください。一定期間以内に返信がない場合は、お手数ですが再度ご連絡願います。**

|  |
| --- |
| **薬物療法情報** |
| EP開催日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日） |
| 薬物療法（EP後） | EPの結果新たな治療薬の選択肢が提示された：[ ] はい　[ ] いいえ |
| EP後レジメン実施の有無：[ ] あり　[ ] なし・不明 |
| 提示された治療薬の投与の有無（他院で投与した場合を含む）：[ ] 投与した[ ] 投与しなかった[ ] 不明 |
| 前治療継続の有無：[ ] あり　[ ] なし（緩和医療のみ、緩和放射線治療を含む） |
| 提示された治療薬とは異なる薬剤の投与有無：[ ] あり　[ ] なし |
| 提示された治療薬を投与しなかった理由（最も該当する項目１つ）[ ] EP提示の治験等に参加できなかった[ ] 主治医の主に臨床的な判断[ ] 患者側の希望または事情[ ] 死亡　[ ] その他・不明 |

**次のページへ☞**

|  |
| --- |
| **薬物療法情報（EP後）　※レジメン毎にご入力ください** |
| 治療方針 | [ ] 企業治験　[ ] 医師主導治験　[ ] 先進医療　[ ] 患者申出療養　[ ] 保険診療　[ ] その他 |
| 承認薬併用治験への併用 | [ ] 該当しない　[ ] 該当する　【企業治験・医師主導治験の場合のみ選択】 |
| 治療ライン | [ ] １次治療　[ ] ２次治療　[ ] ３次治療　[ ] ４次治療　[ ] ５次治療以降　[ ] 不明 |
| 実施施設 | [ ] 自施設 [ ] 他施設 |
| レジメン名 |  |
| 身長 | ｃｍ　※小数第１位まで |
| 体重 | ｋg　 ※小数第１位まで |
| 薬剤名 | 薬剤毎に一般名・初回投与量・単位を入力　　　　※バイオシミラー・バイオセイムは商品名を優先（例：ドセタキセル７５mg/m2）　　　※単位：mg/body：mg/m2：mg/kg：IU/body |
|  |
| 用法 | [ ] 経口　[ ] 静注　[ ] 点滴静注　[ ] 皮下　[ ] 筋注　[ ] 動注　[ ] その他 |
| レジメン内容変更情報 | [ ] 有　（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　[ ] 無 |
| 投与開始日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日） |
| 投与終了日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日）　　　　　　　または　[ ] 継続中 |
| 終了理由 | [ ] 計画通り終了　[ ] 無効中止（※1増悪確認日を入力）　[ ] 本人希望により中止[ ] 副作用等で中止（※2中止に至った有害事象を入力）　[ ] その他理由で中止　[ ] 不明 |
| 最良総合効果 | [ ] CR　[ ] PR　 [ ] SD　[ ] PD　[ ] NE |
| **※1**増悪確認日 | （西暦）　選択してください（年）　　選択してください（月）　　選択してください（日） |
| **※2**中止に至った有害事象の詳細 | 事象毎に、有害事象名称・最悪Grade・発現日を記載（例：間質性肺炎、Grade4、2020年3月20日、もしくは「不明」） |
|  |
| Grade3以上有害事象の有無（非血液毒性） | [ ] 有（※詳細は下記に入力）　[ ] 無　[ ] 不明有害事象名称につきましては、「CTCAE5.0リスト」をご参照ください【CTCAE5.0リスト格納場所】医療シェア（電カル）⇒＠院内共通⇒■がんゲノム部門⇒CTCAE5.0リスト |
| Grade3以上有の場合 | 事象毎に、有害事象名称・Grade・発現日を入力（例：好中球減少症、Grade4、2020年6月2日） |
|  |

ご協力ありがとうございました。