**がんパネル検査　患者情報用紙**

**（和泉市立総合医療センター他院用　EP後ver.２）**

患者様ががんパネル検査・C-CATへの患者情報提供を同意しております。

お手数ですが、追跡調査のために下記情報が必要となるため、ご記入をお願いいたします。

必須項目については必ず記入し、和泉市立総合医療センターまでお送りください。

〔和泉市立総合医療センター記入欄〕

【症例基本情報】

●患者氏名：（　　　　　　　　　　　　　　）●患者生年月日：（　　　　　　　　　　　　　）

●患者カルテID（　　　　　　　　　　　）

●匿名化ID：(　　　　　　　　　　　　　　) ●EP実施日（　　　　　　　　　　　　　　）

診療科：　　　　　　　　　　　科　　　主治医PHS：

主治医名前　　：

**【転帰情報】**

●患者転帰(**必須**)：　□生存　　□不明もしくは追跡不可　　　　　□死亡

●患者転帰が「死亡」の際、死亡日(**必須**)：

（　　　　）年（　　　）月（　　　）日

●患者転帰が「死亡」の際、その死因(**必須**)：

□原病死　　□他部位のがん死

□他病死　　□不明

●患者転帰が「生存」もしくは

「不明もしくは追跡不可」の際、

最終生存確認日(**必須**)：

（　　　）年（　　　）月（　　）日

**【薬物療法(EP後)】**

**〈レジメン〉**

**●**EPの結果治療薬の選択肢が提示された（必須）：　　□はい　　□いいえ

**※「いいえ」の場合、以降の記入不要です**。

**次ページに続きます**

**※****レジメン情報や有害事象が複数ある場合は、本ページ以降を適宜コピーして記載してください。**

●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）（必須）：

　　　　　　　　　　　　□投与した　　　　　　　　　　□投与しなかった　　　　　　　　□不明

　　　　　　　　　　　　　　　治療方針（必須）　　　　　　　　　　その理由（必須）

□提示された治療薬以外の化学療法を行った

□患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった

□患者の経済的事情により化学療法ができなかった

□患者の全身状態不良により化学療養ができなかった

□患者が化学療法を希望しなかった

□死亡

□その他・不明

□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

**※「投与しなかった」「不明」と記入した場合、以降の記入不要**

●治療ライン（必須）：

□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(**必須**)：□自施設（和泉市立総合医療センター）□他施設（和泉市立総合医療センター以外）

●投与開始日（**必須**）：　（　　　　　　　）年（　　　　）月（　　　　）日

**※以下、「企業治験」「医師主導治験」と記入した場合、以降の記入不要です。**

●レジメン名：　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●身長：（　　　　　　）㎝　　　　　●体重：（　　　　　　）㎏

●薬剤名（一般名）(**必須**)：※治験薬（国内未承認）は「investigational Agent」と記載。

※使用しているすべての薬剤を記入お願いいたします。

●(初回)投与量：※複数薬使用の場合はそれぞれの薬について投与量を記載してください

単位を下記から選んでください

□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：

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●投与終了日（**必須**）：（　　　　　　）年（　　　　　）月（　　　　）日 or □ 継続中

●最良総合効果(**必須**)：　　□CR　　□PR　　□SD　　□PD　　□NE

●Grade3以上の有害事象の有無(**必須**)：

　　　　　　　　　□Grade3以上なし　　□Grade3以上あり　　□不明

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　「あり」の時、以下の記入を続けてください。

「なし」「不明」の時以下の記入不要です。

●その有害事象のCTCAEv5.0 最悪Grade(**必須**)：　□3　　□4　　□5　　□不明

※複数の有害事象があるとき、それぞれの有害事象についてGradeを記入すること

●その有害事象の発現日(**必須**)：※複数の有害事象があるとき、それぞれの有害事象の発現日を記入

　　　　　　　（　　　　　）年（　　　　　）月（　　　　）日

●その有害事象のCTCAEv5.0名称英語もしくは日本語を枠内に書いて下さい(**必須**)：

※複数の有害事象があるとき、それぞれの有害事象名を記入すること

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

以上で終了です。ご協力ありがとうございました。今後の追跡調査もご協力お願いいたします。