

# 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「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

●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

## 【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



●(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/m<sup>2</sup>  
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：

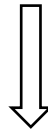
( \_\_\_\_\_ )

●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。