



[ 薬物療法治療歴 ]

項目	内容
治療方針	<input type="checkbox"/> 企業治験 <input type="checkbox"/> 医師主導治験 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他 ( )
承認薬併用治験への該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療ライン	<input type="checkbox"/> 1次治療 <input type="checkbox"/> 2次治療 <input type="checkbox"/> 3次治療 <input type="checkbox"/> 4次治療 <input type="checkbox"/> 5次治療以降 <input type="checkbox"/> 不明 ※当該腫瘍に対する治療ラインをご記入ください。
実施目的	<input type="checkbox"/> 術前補助療法 <input type="checkbox"/> 術後補助療法 <input type="checkbox"/> 根治 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> その他
実施施設名	
レジメン名	
薬剤情報	<p>[薬剤1]</p> 薬剤名： (初回) 投与量： 単位： <input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> IU/body 用法： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<p>[薬剤2]</p> 薬剤名： (初回) 投与量： 単位： <input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> IU/body 用法： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<p>[薬剤3]</p> 薬剤名： (初回) 投与量： 単位： <input type="checkbox"/> mg/body <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> IU/body 用法： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 点滴静注 <input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋注 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他 ( )

	<p>[薬剤4]            薬剤名：            (初回) 投与量：            単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body            用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>[薬剤5]            薬剤名：            (初回) 投与量：            単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body            用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>[薬剤6]            薬剤名：            (初回) 投与量：            単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body            用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>[薬剤7]            薬剤名：            (初回) 投与量：            単位：<input type="checkbox"/>mg/body <input type="checkbox"/>mg/m2 <input type="checkbox"/>mg/kg <input type="checkbox"/>IU/body            用法：<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>静注 <input type="checkbox"/>点滴静注 <input type="checkbox"/>皮下 <input type="checkbox"/>筋注 <input type="checkbox"/>動注  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
レジメン内容 変更情報	<input type="checkbox"/> 有 変更内容： <input type="checkbox"/> 無
投与開始日	(西暦)            年    月    日
投与終了日	(西暦)            年    月    日    または <input type="checkbox"/> 継続中
終了理由	<input type="checkbox"/> 計画通り終了 <input type="checkbox"/> 無効中止 <input type="checkbox"/> 副作用等で中止 <input type="checkbox"/> 本人の希望により中止 <input type="checkbox"/> その他の理由で中止 <input type="checkbox"/> 不明 ※投与が終了している場合にのみ記載してください。

<p>最良総合効果</p>	<p><input type="checkbox"/>CR <input type="checkbox"/>PR <input type="checkbox"/>SD <input type="checkbox"/>PD <input type="checkbox"/>NE</p> <p>【定義】以下の基準で薬物療法終了後の最良総合効果を入力する。</p> <p>CR：完全奏功 PR：部分奏功 SD：安定 PD：進行 NE：評価不能または上記のいずれも該当しない場合</p>
<p>増悪確認日</p>	<p>(西暦)           年   月   日</p> <p>※無効中止で終了となった場合にのみ記載してください。</p>
<p>Grade3 以上 有害事象の有無 (非血液毒性)</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p>
<p>有害事象</p>	<p>[有害事象1] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： <input type="checkbox"/>Grade 1 <input type="checkbox"/>Grade 2 <input type="checkbox"/>Grade 3                   <input type="checkbox"/>Grade 4 <input type="checkbox"/>Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 発現日：(西暦)           年   月   日 中止に至った原因：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>[有害事象2] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： <input type="checkbox"/>Grade 1 <input type="checkbox"/>Grade 2 <input type="checkbox"/>Grade 3                   <input type="checkbox"/>Grade 4 <input type="checkbox"/>Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 発現日：(西暦)           年   月   日 中止に至った原因：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>[有害事象3] CTCAEv5.0 名称 日本語： 最悪Grade： <input type="checkbox"/>Grade 1 <input type="checkbox"/>Grade 2 <input type="checkbox"/>Grade 3                   <input type="checkbox"/>Grade 4 <input type="checkbox"/>Grade 5 <input type="checkbox"/>不明 発現日：(西暦)           年   月   日 中止に至った原因：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p>

[ 転帰情報 ]

転帰	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明もしくは追跡不可
最終生存確認日	(西暦)            年    月    日
死亡日	(西暦)            年    月    日 ※転帰が死亡の場合にのみ記載してください。
死因	<input type="checkbox"/> 原病死 <input type="checkbox"/> 他部位のがん死 内容： <input type="checkbox"/> 他病死 内容： <input type="checkbox"/> 不明 ※転帰が死亡の場合にのみ記載してください。

ご協力ありがとうございました。