**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

医療機関名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）/□埼玉医科大学総合医療センター

診療科名：（　　　　　　　　）科　医師名：（　　　　　　　　　　）**E-mail（院外の場合必須**）:

連絡先電話番号　　　　　（　　　　）　　　　　　　/□埼玉医科大学総合医療センター内線（　　　　）

対象となる患者さん（以下の条件をすべて満たす）

* 既にがんの病理診断が確定している
* 臨床的に、2ヶ月後に新たながん治療を行うことが可能と推測できる

＊上記条件を満たさない患者さんの場合は、患者さんや主治医の先生との個別のご相談となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名　（ふりがな） | 性別 | 生年月日　（年齢） |
|  | （　　　　　　　　　　　　　） | □男　　□女　□不明 | 西暦　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　（　　　　　）歳 |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望パネル | □NCC OncoPanel　□F1CDｘ　□F1Liquid CDx　□希望なし（ゲノム診療科に一任） |
| 既実施のパネル検査 | □有　パネル名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□無 |
| がん種区分  （病理診断がついている原発臓器をチェックしてください。） | □中枢神経系/脳　□頭頸部　□眼　□肺　□胸膜　□胸腺　□甲状腺　□乳　□食道/胃  □十二指腸乳頭部　□腸　□肝　□胆道　□膵　□腎　□副腎　□膀胱/尿管　□前立腺  □精巣　□陰茎　□子宮　□子宮頸部　□卵巣/卵管　□膣　□皮膚　□骨　□軟部組織  □腹膜　□骨髄系　□リンパ系　□末梢神経系　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 検査に使用できる  病理検体 | □有　病理番号（　　　　　　　）　　　組織採取日（西暦　　　　年　　月　　日）  　種別　□ホルマリン固定パラフィン包埋標本（FFPE）　□新鮮凍結　□その他（　　　）  　採取方法　□生検　□手術　□その他（　　　　　　　　）　□不明  　検体採取部位　□原発巣　□転移巣　□不明  　具体的な検体採取部位  □脊髄　□脳　□眼　□口腔　□咽頭　□喉頭　□鼻・副鼻腔　□唾液腺  □甲状腺　□肺　□胸膜　□胸腺　□乳　□食道　□胃　□十二指腸乳頭部  □十二指腸　□小腸　□虫垂　□大腸　□肛門　□肝　□胆道　□膵　□腎　□腎盂  □副腎　□膀胱　□尿管　□前立腺　□精巣　□陰茎　□子宮体部　□子宮頸部  □卵巣/卵管　□膣　□皮膚　　□骨　□筋肉　□軟部組織　□腹膜　□髄膜  □骨髄　□リンパ節/リンパ管　□末梢神経　□原発不明　□その他（　　　　　　　　　　）  □組織検体無し |
| 当該がんの診断日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ＦｏｕｎｄａｔｉｏｎＯｎｅＬｉｑｕｉｄ希望理由  （Ｌｉｑｕｉｄ希望時） | □がん組織の病理検体が、採取から3年以上経過しているため、ＤＮＡの質ががんゲノムプロファイリング検査の適格基準を満たさない可能性があり、且つ、新たな生検が医学的に困難。  □がん組織の病理検体組織量が少ないため、ＤＮＡの量ががんゲノムプロファイリング検査の適格基準を満たさない可能性があり、且つ、新たな生検が医学的に困難。  □固形腫瘍の腫瘍細胞検体で実施した保険診療がんゲノムプロファイリング検査において、検体不良にて結果が得られなかった。 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

**患者背景**

|  |  |
| --- | --- |
| 病理診断名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 初回治療前のステージ | □:0期;　□:Ⅰ期;　□:Ⅱ期;　□:Ⅲ期;　□:Ⅳ期;　□:該当せず;　□:不明 |
| 診断日 | 西暦　　　　　年　　月　　日 |
| 喫煙歴 | □なし　　□あり　（　　　　本/日　ｘ　　　年）　　□不明 |
| 多量飲酒歴\* | □なし　　□あり　　□不明  ＊1日60g以上のアルコール量：例：5%ビール１５００ｍｌ以上　日本酒15%3合以上 |
| 移植歴・輸血歴 | □なし  □あり  □心臓heart transplantation　□肺lung transplantation □肝liver transplantation  □膵pancreas transplantation □腎kidney transplantation  □小腸small bowel transplantation □角膜corneal transplantation □その他・不明  □造血幹細胞移植　hematopoietic stem cell transplant  □輸血 blood transfusion　（2ヶ月以内の場合　最終輸血日：　　　年　　月　　日）  （□赤血球red blood cells □血小板platelet products □血漿plasma derivatives  □全血whole blood products　□不明) |
| ECOG PS | □0　□１　□２　□３　□４　□不明 |
| 重複癌の有無 | □なし　　□あり　　□不明 |
| 重複癌の部位 | □中枢神経系　□脳　□眼　□口腔　□咽頭　□喉頭　□鼻・副鼻腔　□唾液腺  □甲状腺　□肺　□胸膜　□胸腺　□乳　□食道　□胃　□十二指腸乳頭部　□小腸  □虫垂　□大腸　□肝　□胆道　□膵　□腎　□腎盂　□副腎　□膀胱　□尿管  □前立腺　□精巣　□陰茎　□子宮体部　□子宮頸部　□卵巣/卵管　□膣　□皮膚  □皮下　□骨　□筋肉　□軟部組織　□腹膜　□髄膜　□骨髄系　□リンパ系  □末梢神経系　□原発不明　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 重複がんの活動性 | □活動性　　□非活動性　　□不明 |
| 多発がんの有無 | □なし　　□あり　　□不明 |
| 多発がんの活動性 | □活動性　　□非活動性　　□不明 |
| 紹介時転移の有無 | □なし　　□あり　　□不明 |
| 転移の部位 | □中枢神経系　□脳　□眼　□口腔　□咽頭　□喉頭　□鼻・副鼻腔　□唾液腺  □甲状腺　□肺　□胸膜　□胸腺　□乳　□食道　□胃　□十二指腸乳頭部　□小腸  □虫垂　□大腸　□肝　□胆道　□膵　□腎　□腎盂　□副腎　□膀胱　□尿管  □前立腺　□精巣　□陰茎　□子宮体部　□子宮頸部　□卵巣/卵管　□膣　□皮膚  □皮下　□骨　□筋肉　□軟部組織　□腹膜　□髄膜　□骨髄系　□リンパ系  □末梢神経系　□原発不明　□その他（　　　　　　　　　　） |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 既知の遺伝性疾患(必須) | □なし　　□あり　　□不明 |
| 既知の遺伝性疾患名  （任意） | □1:BAP1 Tumor Predisposition Synd;  □2:Birt-Hogg-Dube Syndrome (BHD);  □3:Cancer Predisposition Synd;  □4:FAP;  □5:HBOC;  □6:HDGC;　Hereditary Diffuse Gastric Cancer  □7:Hereditary Leiomyomatosis and　Renal Cell Cancer (HLRCC);  □8:Hereditary Papillary Renal Cancer(HPRC);  □9:HPPS;Hereditary Paraganglioma-Pheochromocytoma Syndrome  □10:Juvenile Polyposis;  □11:Loeys-Dietz;  □12:Lynch;  □13:Malignant Melanoma;  □14:MAP;  □15:Melanoma;  □16:Melanoma/Pancreatic Ca;  □17:MEN1;  □18:MEN2;  □19:MODY3; Maturity-Onset Diabetes of the Young  □20:NF1;  □21:NF2;  □22:Peutz-Jeghers;  □23:Polymerase Proofreading-Associated Polyposis (PPAP);  □24:PTEN Hamartoma;  □25:Retinoblastoma;  □26:Rhabdoid Tumor Predisposition Synd;  □27:Inherited Bone Marrow Failure Synd;  □28:Loeys-Dietz;  □29:Pheochromocytoma;  □30:Li-Fraumeni;  □31:Tuberous Sclerosis Comple X;  □32:VHL;  □33:WT1-related Wilms;  □99:その他 ( ) |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

固形がん共通

|  |  |
| --- | --- |
| NTRK1/2/3融合遺伝子 | □陰性　□陽性　□判定不能　□不明　□未検査 |
| NTRK1/2/3融合遺伝子-検査方法 | □1:F1 CDx;　□2:F1Liquid CDx;　□8:その他;　□9:不明 |
| マイクロサテライト不安定性（MSI検査） | □陰性　□陽性　□判定不能　□不明　□未検査 |
| MSI検査-検査方法 | □1:MSI検査キット（FALCO）;　□2:F1 CDx;　□3:G360CDx1;  □4:Idylla MSI Test「ニチレイバイオ」;　□8:その他;　□9:不明 |
| ミスマッチ修復機能 | □0:pMMR(正常);　□1:dMMR(欠損);　□8:判定不能;　□9:不明or未検査 |
| ミスマッチ修復機能-検査方法 | □1:ベンタナ OptiView 2抗体（MSH6、PMS2）;  □2:ベンタナ OptiView 4抗体（MSH2、MSH6、MLH1、PMS2）;  □8:その他;　□9:不明 |
| 腫瘍遺伝子変異量 | □1:TMB-High（TMBスコアが10mut/Mb以上）;　□8:その他;  □9:不明or未検査 |
| 腫瘍遺伝子変異量-検査方法 | □1:F1 CDx;　□8:その他;　□9:不明 |

|  |  |
| --- | --- |
| gBRCA1 | □陰性　□陽性　□判定不能　□不明　□未検査 |
| gBRCA1-検査方法 | □1:F1 CDx;　□2:F1Liquid CDx;　□3:BRACAnalysis診断システム;  □8:その他;　□9:不明 |
| gBRCA2 | □陰性　□陽性　□判定不能　□不明　□未検査 |
| gBRCA2-検査方法 | □1:F1 CDx;　□2:F1Liquid CDx;　□3:BRACAnalysis診断システム;  □8:その他;　□9:不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | １次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 2次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 3次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 4次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 5次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 6次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 7次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 8次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 9次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |

**がんパネル検査　患者紹介シート　前立腺がん用**ver4.0

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　（紹介施設ID） | 氏名 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン | 10次治療  □保険診療　□企業治験　□医師主導治験　□先進医療　□患者申出療養  □その他（　　　　） | |
| 薬物療法の実施目的 | □術前補助療法　□術後補助療法　□根治　□緩和　□その他 | |
| 実施施設 | □埼玉医科大学総合医療センター　□その他 | |
| レジメン名 |  | |
| 薬剤名  治験薬の場合は「Investigational　Agent」と記載してください | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　；□保険適応内　□適応外　□未承認） | |
| 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（非必須） | □計画通り終了　□無効中止　□副作用中止　□本人希望で中止  □その他の理由で中止　□不明 | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 副作用中止の場合 | 中止に至った有害事象最悪Grade  □Grade1　□Grade2　□Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 | |
| 最良総合効果 | □CR　□PR　□SD　□PD　□NE | |
| Grade３以上の有害事象の有無 | | □なし　□あり |
| Grade３以上の有害事象の発現日 | | 西暦　　　　年　　月　　日 |
| Grade３以上の有害事象の名称（日本語） | | CTCAEv5.0名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| Grade３以上の有害事象の最悪Grade | | □Grade３　□Grade４　□Grade５　□不明 |