

様式3

久留米大学病院腫瘍センター事務室 宛

年 月 日

氏名	フリガナ
性 別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 未入力・不明
電話番号	
病院名	
主治医	
生年月日【日 付】	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日 (満 歳)

エキスパートパネル開催日【西暦】	年 月 日
エキスパートパネルで 治療の選択肢の提示の有無	☐ 報告書に推奨治療が記載され、推奨治療の投与を行った ⇒ 薬剤名 ()
	☐ 報告書に推奨治療が記載されていたが、推奨治療を行わなかった
	☐ 報告書に推奨治療が無かった
	☐ BSC ☐ 不明

レジメン内容			
実施目的	☐ 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		
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			
薬剤名（商品名or一般名）		初回投与量	
薬剤名（商品名or一般名）		初回投与量	
薬剤名（商品名or一般名）		初回投与量	
薬剤名（商品名or一般名）		初回投与量	
薬剤名（商品名or一般名）		初回投与量	
（薬剤毎）初回投与量単位	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		
投与開始日【日 付】	年	月	日
投与終了日【日 付】	年	月	日 ☐ 継続中
投与終了理由（有の場合）	☐ 計画通り終了 ☐ 無効中止 ☐ 副作用等で中止 ☐ 本人希望により中止 ☐ その他理由で中止 ☐ 不 明		
最良総合効果	☐ C R ☐ P R ☐ S D ☐ P D ☐ N E		
Grade3以上有害事象の有無	☐ Grade3以上なし ☐ Grade3以上あり		
※Grade3以上 有 の場合			
有害事象 1	発現日【日 付】	年	月 日
CTCAEv5.0			
名称日本語	有害事象：CTCAEv5.0名称推奨		
最悪Grade	☐ Grade3 ☐ Grade4 ☐ Grade5 ☐ 不 明		
有害事象 2	発現日【日 付】	年	月 日
CTCAEv5.0			
名称日本語	有害事象：CTCAEv5.0名称推奨		
最悪Grade	☐ Grade3 ☐ Grade4 ☐ Grade5 ☐ 不 明		