

ご施設名: _____

患者氏名 _____ 様

貴院ID: _____

当院ID: _____

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(1)

| 項目 | 内容 |
|-----------|--|
| 転帰(EP検査後) | <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 最終生存確認日 | 西暦 年 月 日 |
| 死亡日 | 西暦 年 月 日 |
| 死因 | <input type="checkbox"/> 原病死 <input type="checkbox"/> 他部位のがん死 <input type="checkbox"/> 他病死 <input type="checkbox"/> 不明 |

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(2)

| 項目 | 内容 |
|-----------------------|---|
| EPの結果新たな治療薬の選択肢が提示された | <input type="checkbox"/> はい →臨床情報①(3)をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ →臨床情報①(5)をご記入ください |

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(3)

| 項目 | 内容 |
|---------------------------------|--|
| 提示された治療薬を投与した (他院で投与した場合も含む) | <input type="checkbox"/> はい →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ →臨床情報①(4)をご記入ください |

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(4)

| 項目 | 内容 |
|-------------------|--|
| 提示された治療薬投与しなかった理由 | <input type="checkbox"/> EP提示の治験等に参加できなかった <input type="checkbox"/> 主治医の主に臨床的な判断 <input type="checkbox"/> 患者側の希望または事情 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他(詳細: _____) * 前治療継続が理由であれば「その他」を選択→臨床情報②をご記入ください |

■エキスパートパネル後_追跡調査_臨床情報①(5)

| 項目 | 内容 |
|-------------------------------------|--|
| (a)前治療継続の有無 | <input type="checkbox"/> あり →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> なし →(b)へ |
| (b)提示されなかったが、遺伝子異常に基づく治療、治験、臨床研究を実施 | <input type="checkbox"/> あり →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> なし →(c)へ |
| (c)その他のレジメンを実施した | <input type="checkbox"/> あり →臨床情報②をご記入ください <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> 無治療経過 <input type="checkbox"/> その他(_____) |