**治療歴（②）**（**主治医**の先生がご記載後原本を長野市民病院にご送付ください）

患者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 化学療法全般 | 現在のPS | □PS 0, □PS 1 (3ヶ月以上PS 0-1を保てる方以外は保険対象外です) |
| 現在の治療ライン | 　第　　ライン　（レジメン1 2 3 4 5 ）□BSC |
| 未実施の標準治療 | レジメン名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 初回遠隔転移診断日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 現在の転移の有無 | □有(脳 肺 胸膜 肝 腹膜 骨 領域外リンパ節) その他( )□無 |
| 測定可能病変の有無 | □有　□無　□不明 |
|  |
| レジメン１ | 治療目的 | □根治 □緩和 □術前 □術後 |
| レジメン名および薬剤名 |  |
| 投与開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 最良総合効果 | CR PR SD PD NE |
| 投与終了日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 中止理由 | 病勢進行 副作用 患者の希望 規定のコース終了 その他( ) |
| Grade3以上有害事象の有無 | □有( )( 3 4 )　□無 |
| 発現日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| レジメン２ | 治療目的 | □根治 □緩和 □術前 □術後 |
| レジメン名および薬剤名 |  |
| 投与開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 最良総合効果 | CR PR SD PD NE |
| 投与終了日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 中止理由 | 病勢進行 副作用 患者の希望 規定のコース終了 その他( ) |
| Grade3以上有害事象の有無 | □有( ) ( 3 4 )　□無 |
| 発現日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

患者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レジメン３ | 治療目的 | □根治 □緩和 □術前 □術後 |
| レジメン名および薬剤名 |  |
| 投与開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 最良総合効果 | CR PR SD PD NE |
| 投与終了日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |  |
| 中止理由 | 病勢進行 副作用 患者の希望 規定のコース終了 その他( ) |
| Grade3以上有害事象の有無 | □有( ) ( 3 4 )　□無 |
| 発現日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| レジメン４ | 治療目的 | □根治 □緩和 □術前 □術後 |
| レジメン名および薬剤名 |  |
| 投与開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 最良総合効果 | CR PR SD PD NE |
| 投与終了日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 中止理由 | 病勢進行 副作用 患者の希望 規定のコース終了 その他( ) |
| Grade3以上有害事象の有無 | □有( ) ( 3 4 )　□無 |
| 発現日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| レジメン５ | 治療目的 | □根治 □緩和 □術前 □術後 |
| レジメン名および薬剤名 |  |
| 投与開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 最良総合効果 | CR PR SD PD NE |
| 投与終了日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 中止理由 | 病勢進行 副作用 患者の希望 規定のコース終了 その他( ) |
| Grade3以上有害事象の有無 | □有( ) ( 3 4 )　□無 |
| 発現日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

患者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 手術歴 | □有　□無　□不明 |
| 手術1 | 手術目的 | □根治 □緩和 |
| 手術内容 |  |
| 手術年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 手術2 | 手術目的 | □根治 □緩和 |
| 手術内容 |  |
| 手術年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| 放射線治療 | □有　□無　□不明 |
| 放射線治療1 | 治療目的 | □根治 □緩和 |
| 照射部位 |  |
| 照射量 | 　　　　　Gy |
| 照射開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 照射終了日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 放射線治療2 | 治療目的 | □根治 □緩和 |
| 照射部位 |  |
| 照射量 | 　　　　　Gy |
| 照射開始日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 照射終了日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

※表が足りない場合は適宜付け加えていただくか、診療情報提供書にご記載をお願いいたします。