

## 腫瘍内科 セカンドオピニオン情報シート

※太枠内をご記入ください

氏名								
生年月日	T/S/H	年	月	日生	年齢	歳	性別	男性 ・ 女性

主病名		バイオマーカー	
転移部位		胃癌 : HER2	陽性・陰性・未実施
		大腸癌 : RAS	野生型・変異型・未実施
		大腸癌 : BRAF	野生型・変異型・未実施
合併症		乳癌 : ER	陽性・陰性・未実施
		乳癌 : PgR	陽性・陰性・未実施
		乳癌 : HER2	陽性・陰性・未実施

治療内容		
レジメン名	中止理由 (いずれかに○)	有害事象の場合、具体的な内容を記載ください
1	病勢進行・有害事象	
2	病勢進行・有害事象	
3	病勢進行・有害事象	
4	病勢進行・有害事象	
5	病勢進行・有害事象	

貴院での今後の方針・説明内容 (1st-opinion)

記入日	年 月 日
医師名	