

《ルタテラ治療に紹介の際に提供して頂く情報》

患者氏名 ( )	
身長 ( cm)	体重 ( kg)
PS ( 0 1 2 3 4 )	
<b>1. 患者背景</b>	
1) NENに関する遺伝性疾患 ( 無 ・ 有 ) 有の場合、いずれかに○( MEN1 ・ VHL ・ NF1 ・ TSC )	
2) 合併症 腎疾患 ( 無 ・ 有 ) 血液疾患 ( 無 ・ 有 )	
3) 既往歴 腎疾患 ( 無 ・ 有 ・ 不明 ) 血液疾患 ( 無 ・ 有 ・ 不明 ) 血液疾患 ( 無 ・ 有 ・ 不明 )	
4) 副作用歴 アレルギー歴 ( 無 ・ 有 )	
医薬品名 (適宜行を追加してください)	副作用名
例) レボフロキサシン →	薬疹
医薬品以外 (原因物質名)	症状
5) NENの初回診断 ( 年 月 日 または 不明)	
6) NENの原発部位 ( 膵 ・ 消化管 ・ 肺 ・ 胸腺 ・ 原発不明 ・ その他 ) ・ 消化管の場合、下記いずれかに○ ( 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸回腸 ・ 虫垂 ・ 上行結腸 ・ 横行結腸 ・ 下行結腸またはS状結腸 ・ 直腸 ) ・ 肺の場合、該当すれば○ ( 気管支 ) ・ その他の場合 ( 疾患名: )	
7) 転移の有無 ( 無 ・ 有 ) ・ 有の場合、下記から選択してください。 ( リンパ節 ・ 肝 ・ 骨 ・ 肺 ・ 脳 ・ 皮膚 ・ 腹膜 ・ その他 → [ ] )	
8) 機能的・非機能的の区分 ( 機能的 ・ 非機能的 ) ・ 機能的の場合、腫瘍の種類 [ ]	
9) 病理検査の実施 ( 有 ・ 無 ) ・ 検体採取部位 原発部位 [ ] 転移部位 [ ] ・ 検体採取日 ( 年 月 日 または 不明 ) ・ 核分裂像 ( /HPF ・ 判定不能 ・ データなし ) ・ Ki-67指数 ( /HPF ・ 判定不能 ・ データなし )	

・壊死（ なし ・ 部分的 ・ 広範囲 ・ データなし ）

・SSTRスコア（ 0 / 1 / 2 / 3 ）

・WHO分類：下記から選択してください。（添付5.2参照）

<膵または消化管>

（ NET G1 ・ NET G2 ・ NET G3 ・ NEC ・ MiNEN ・ その他 ）

・NECの場合、いずれかに○（ 小細胞型 ・ 大細胞型 ）

・その他の場合（ 診断名： ）

<肺または胸腺>

（ 定型カルチノイド ・ 異型カルチノイド ・ 小細胞癌 ・ 大細胞神経内分泌癌 ・  
その他の診断名→ [ ] ）

10) SSTRイメージング（オクトレオスキャン）の実施（ 有 ・ 無 ）

11) CTの実施（ 有 ・ 無 ） MRIの実施（ 有 ・ 無 ）

※有の場合、オクトレオスキャン・CT・MRI等の画像をお送りください。

## 2. 治療歴

1) 治療歴の有無（ 有 ・ 無 ）

・有の場合、下記から選択してください。

（ 手術 ・ TAE ・ TACE ・ PRRT ・ 外照射 ・ その他 ）

・手術の場合、原発切除歴の有無（ 有 ・ 無 ）

・PRRTの場合、投与回数（ 1 / 2 / 3 / 4 ）

・外照射の場合、部位 [ ]

・その他の場合、治療名 [ ]

2) 薬物治療歴の有無（ 有 ・ 無 ）

1次治療：一般名または製品名 [ ]

投与期間

年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与

2次治療：一般名または製品名 [ ]

投与期間

年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与

3次治療：一般名または製品名 [ ]

投与期間

年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与

4次治療：一般名または製品名 [ ]

投与期間

年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与

5次治療：一般名または製品名 [ ]

投与期間

年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与

※行が不足する場合、適宜行を追加してください。

### 3. 治療効果

1) 今回のPRRT前の治療効果（今回の治療開始直前の状態）

・ 下記①～③から1つ選択してください。

① 腫瘍サイズ・病変数の明らかな減少（治療効果あり）

② 腫瘍サイズ・病変数の明らかな変化なし（不変）

③ 腫瘍サイズの明らかな増大あるいは新規病変の出現（増悪）

### 4. 併用薬

1) 今回のPRRT治療と併用するNEN治療薬（ 有 ・ 無 ）

・ 有の場合、下記にご記入ください。

NEN治療薬：一般名または製品名 [ ]

投与期間

年 月 日開始 ～ 年 月 日最終投与