

## がん化学(放射線)療法レジメン申請書 (ver.4)

・記載不備がある場合は審査対象になりません。\*は記入不要です。

申請日	2026年6月30日	受付番号	*
診療科名	産科婦人科	がん種(コード)	*
診療科長名		登録ナンバー	*
申請医師名		承認日	*
審査区分(下記をチェックしてください)		マスタ登録日	*
通常審査を希望	<input checked="" type="checkbox"/>	マスタ変更日	*
迅速審査を希望	<input type="checkbox"/> 注1)	最終改訂年月日	*
迅速審査(患者追加)を希望 (過去登録歴あり)	<input type="checkbox"/> 注1)	登録削除日	*
HPでのレジメン公開の可否	可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>		

注1) 迅速審査は患者限定となります。

がん種	レジメン名 <sup>注2)</sup>	実施区分	使用分類	適応分類
固形がん	HER2 amp T-Dxd Q3W	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 入院及び 外来	<input checked="" type="checkbox"/> 日常診療(試験以外) <input type="checkbox"/> 単施設自主研究 <input type="checkbox"/> 多施設自主研究 <input type="checkbox"/> 市販後臨床試験 <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 <input checked="" type="checkbox"/> 通常化学療法 <input type="checkbox"/> 大量化学療法 <input type="checkbox"/> その他( )

・申請されたレジメンは原則共用ですが、科限定を希望する場合(治験や特殊な化学療法)は右にチェックしてください。

注2) レジメン名の命名法：①疾患(臓器) ②薬剤(多剤の場合はコンセンサスの得られた通称) ③投与方法、④臨床試験の場合は試験の名称または研究グループ名称—この順番に命名してください。(day8, day15などの投与日がある場合、オーダリングシステム上は別レジメン名となりますので、承認後⑤として・day8や・day15が加わります。)

### (a)投与スケジュール記載例

薬剤名	投与量	day1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
薬剤A	Xmg/m <sup>2</sup>	●																											
薬剤B	ymg/m <sup>2</sup>	●							●							●													
1コース期間		28日			目標コース数			□有(コース)			■無(PDまで)																		

### (b)投与日のスケジュール記載例

投与順序	投与薬剤名(商品名)	投与量		投与経路	投与方法	投与時間	その他コメント	投与日 Day(丸数字は投与順番を記載)																				
		量	単位					1	2	8																		
記載例	アロキシ注	0.75	mg	側管	点滴	30分	抗がん剤投与30前より開始	①																				
	デキサート注	9.9	mg																									
1	生食	100	mL	メイン	点滴		ルートキープ	①	①	①																		
	生食	250	ml																									
2	デキサート注	8.8	mg	側管	点滴	30分		②	②	②																		
	生食	100	mL																									
3	ゲムシタピン	1000	mg/m <sup>2</sup>	側管	点滴	60分		③	③																			
	生食	100	ml																									
4	シスプラチン	100	mg/m <sup>2</sup>	側管	点滴	60分		③																				
	生食	500	ml																									



様式3

(審査の参考にしますので簡単に記載してください。)

基準項目	
適格基準	<p>対象疾患:HER2 陽性の進行・再発の固形がん</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん遺伝子パネル検査で HER2 増幅を認め、エキスパートパネルで使用が推奨</li> <li>・標準的な治療が困難な患者</li> <li>・PS 0-2</li> </ul>
開始基準	<p>治療遂行に支障のある感染症や臓器障害がみられない。 具体的には以下の投与規準を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ANC<math>\geq</math>1500/<math>\mu</math>L</li> <li>・PLT<math>\geq</math>10 万/<math>\mu</math>L</li> <li>・Hb<math>\geq</math>8.0g/dL</li> <li>・T-Bill<math>\leq</math>1.5xULN</li> <li>・AST または ALT は<math>&lt;</math>3xULN</li> <li>・Cre<math>\leq</math>1.5xULN</li> <li>・間質性肺炎の合併がない</li> </ul>
投与量 変更基準	<p>開始用量: 5.4 mg/kg 一次減量: 4.4 mg/kg 二次減量: 3.2 mg/kg 中止: 3.2 mg/kg で忍容性が得られない場合、投与を中止する</p> <p>代表的な有害事象とその対処</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・間質性肺炎 <ul style="list-style-type: none"> <li>Grade1 投与中止して原則として再開しない</li> <li>Grade2 以上 投与を中止する</li> </ul> </li> <li>・好中球数減少、貧血、血小板数減少 <ul style="list-style-type: none"> <li>Grade3:Grade2 以下に回復するまで休薬し、回復後、1 用量レベル減量または同一用量で投与再開する。</li> <li>Grade4:Grade2 以下に回復するまで休薬し、回復後、1 用量レベル減量して投与再開する。</li> </ul> </li> <li>・発熱性好中球減少症 <ul style="list-style-type: none"> <li>回復するまで休薬し、回復後、1 用量レベル減量して投与を再開する。</li> </ul> </li> <li>・上記以外の副作用 <ul style="list-style-type: none"> <li>Grade3:Grade1 以下に回復するまで休薬する。7 日以内に回復した場合は、同一用量で投与を再開する。7 日を過ぎてから回復した場合は、1 用量レベル減量して投与を再開する。</li> <li>Grade4:投与を中止する。</li> </ul> </li> </ul>

以下の①～③のうち、当該レジメンが該当する箇所にチェックしてください。

- ① 標準治療<sup>注3)</sup>である。または、標準治療に準ずる治療である
- <sup>注3)</sup> 標準治療とはエビデンスレベル「Ⅱ」以上であることを原則とします。
- ② 臨床試験の場合は IRB にて承認をうけている
- ② ①②いずれにも該当しない(通常審査での申請は不可)

①、③の場合 エビデンスレベルを以下の表にチェックしてください。重要文献も添付してください。また、当該レジメンの申請理由について記入してください。なお、③の場合は当該レジメンをどのような位置づけで実施しようとしているのか、ガイドラインに一応の記載がある、学会やコミュニティでのコンセンサスがある、診療科内でのコンセンサスがある、など、そのレジメンの信頼度について申請者がどのように判断した上で申請しているのか、が具体的に分かるよう申請理由に記載して下さい。

Level	内容	チェック欄
I	Phase III のランダム化比較試験の結果、優越性もしくは非劣性を示したもの	<input type="checkbox"/>
II	Phase II の prospective study の結果により、標準治療になりうるものが学会などで広くコンセンサスを得ているもの	<input checked="" type="checkbox"/>
III	Phase II などの prospective study	<input type="checkbox"/>
IV	Retrospective study (case control study など)	<input type="checkbox"/>
V	Case reports	<input type="checkbox"/>
VI	専門家の意見	<input type="checkbox"/>

申請理由 <sup>注4)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HERALD 試験: HER2 遺伝子増幅が認められた固形がん患者を対象とした医師主導 Phase 2 試験において、奏効率 56.5%を示した(cfDNA における HER2 増幅)。</li> <li>● DESTINY-PanTumor02 試験: 前治療歴のある HER2 タンパク質発現の進行性固形がん患者を対象とした Phase 2 試験において、IHC による奏効率 37.1%を示した。特に IHC3+では奏効率 61.3%を示した。</li> </ul> <p>以上から、HER2 異常(遺伝子増幅または高蛋白質発現)を有する固形がんに対する T-DXd の腫瘍横断的適応の科学的根拠が示された。</p>
参考文献	<p>Yagisawa M, et al. J Clin Oncol (2024) PMID: 39088783</p> <p>Meric-Bernstam F, et al. J Clin Oncol (2024) PMID: 37870536</p>

<sup>注4)</sup> このレジメンの妥当性や必要性を含め、申請理由を審査委員にわかりやすく記載してください。無記入の場合には、審査対象となりませんのでご注意ください。なお、迅速審査の場合には、レジメンの説明に加えて、当該患者背景や使用する理由を記載してください。