

<u>アレルギー/免疫</u>	<u>4</u>	心筋トロポニン T (cTnT)	
アレルギー反応/過敏症		浮腫	
アレルギー性鼻炎		高血圧	
自己免疫反応		低血圧	
血清病		心筋炎	
血管炎		手術・処置による静脈/動脈損傷	
アレルギー/免疫-その他		心膜液/心膜炎	
<u>聴覚器/聴力</u>	<u>4</u>	末梢動脈虚血	
外耳道		静脈炎 (表在性)	
内耳-聴力		血栓症/塞栓症	
中耳-聴力		動脈性内臓虚血(心虚血以外)	
聴覚器/聴力-その他		心血管系 (一般) -その他	
<u>血液/骨髄</u>	<u>5</u>	<u>凝固</u>	<u>9</u>
骨髄細胞密度		DIC(播種性血管内凝固)	
CD4 陽性細胞数		フィブリノーゲン	
ハプトグロビン		部分トロンボプラスチン時間	
ヘモグロビン		プロトロンビン時間	
溶血		血栓性微小血管症	
白血球 (総白血球)		凝固-その他	
リンパ球減少		<u>全身症状</u>	<u>9</u>
好中球/顆粒球		疲労(嗜眠、倦怠感、無力)	
血小板		発熱	
血小板輸血		戦慄、悪寒	
赤血球輸血		発汗	
血液/骨髄-その他		体重増加	
<u>心血管系 (不整脈)</u>	<u>7</u>	体重増加-VOD 関連	
伝導異常/房室ブロック		体重減少	
結節性/接合部性不整脈/リズム障害		全身症状-その他	
心悸亢進		<u>皮膚科/皮膚</u>	<u>10</u>
QTc 間隔の延長		脱毛	
洞性徐脈		出血斑	
洞性頻脈		皮膚乾燥	
上室性不整脈(SVT/心房細動/粗動)		多形紅斑	
血管迷走神経症状		顔面の発作性潮紅	
心室性不整脈(PVC/二段脈/三段脈/心室性頻脈)		手足皮膚反応	
心血管系 (不整脈) -その他		注射部位の反応	
<u>心血管系 (一般)</u>	<u>7</u>	爪の変化	
急性血管漏出症候群		光過敏症	
心臓-虚血/梗塞		色素異常	
左室機能		そう痒症 (痒疹症)	
心筋トロポニン I (cTnI)		放射線皮膚炎	
		照射想起反応	

発疹/落屑	悪心
発疹/皮膚炎－	肺炎
大量化学療法・造血幹細胞移植研究	直腸炎
発疹/落屑－GVHD 関連	唾液腺の変化
蕁麻疹（蕁麻疹、みみず腫れ、膨疹）	嗅覚
創傷－感染性	口内炎/咽頭炎（口腔/咽頭粘膜炎）
創傷－非感染性	味覚障害（味覚異常）
皮膚－その他	盲腸炎（盲腸の炎症）
<b>内分泌</b>	<b>嘔吐</b>
クッシング様外観	消化器－その他
男性の女性化	<b>出血</b>
女性化乳房	Grade 3 又は 4 の
顔面の発作性潮紅	血小板減少を伴う出血
甲状腺機能低下症	Grade 3 又は 4 の
女性の男性化	血小板減少を伴わない出血
SIADH	中枢神経系の出血
内分泌－その他	鼻出血
<b>消化管系</b>	<b>吐血</b>
食欲不振	血尿（腔出血がない場合）
腹水（非悪性）	喀血
大腸炎	手術に関連する出血
便秘	メレナ/消化管出血
脱水	点状出血/紫斑
下痢－人工肛門のない患者	直腸出血/血便
下痢－人工肛門のある患者	腔出血
下痢－GVHD 関連	出血－その他
十二指腸潰瘍	<b>肝臓</b>
消化不良/胸やけ	アルカリフォスファターゼ
嚥下困難、食道炎、嚥下痛	ビリルビン
放射線による食道嚥下困難	ビリルビン－GVHD 関連
放射線による咽頭嚥下困難	γ-GTP
食道瘻	肝腫大
腸管瘻	低アルブミン血症
咽頭瘻	肝機能障害/肝不全（臨床的）
直腸/肛門瘻	門脈血流
鼓腸放屁	SGOT (AST)
胃潰瘍	SGPT (ALT)
胃炎	肝臓－その他
イレウス（又は神経性便秘）	<b>感染/発熱性好中球減少</b>
口内乾燥	カテーテル感染
粘膜炎	発熱性好中球減少
放射線による粘膜炎	Grade 3-4 の好中球減少を伴う感染
	<b>15</b>
	<b>12</b>
	<b>16</b>
	<b>17</b>

好中球数が不明な感染	めまい/ふらつき
好中球減少を伴わない感染	錐体外路運動/不随意運動/静止障害
感染/発熱性好中球減少-その他	幻覚
<u>リンパ管系</u> 18	不眠症
リンパ管系	怒りやすさ・興奮しやすさ(3 歳未満の子供)
リンパ管系-その他	白質脳症関連の画像所見
<u>代謝/検査</u> 18	記憶障害
アシドーシス(代謝性又は呼吸性)	気分変動-不安、興奮
アルカローシス(代謝性又は呼吸性)	気分変動-鬱
アミラーゼ	気分変動-多幸症
重炭酸塩 (HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> )	神経障害-脳神経
CPK (クレアチンホスホキナーゼ)	神経障害-運動性
高カルシウム血症	神経障害-知覚性
高コレステロール血症	眼振
高血糖	人格/行動
高カリウム血症	錐体路障害
高マグネシウム血症	痙攣発作
高ナトリウム血症	言語障害
高トリグリセリド血症	失神 (気絶)
高尿酸血症	振戦
低カルシウム血症	めまい (回転性)
低血糖	神経-その他
低カリウム血症	<u>眼球/視覚</u> 21
低マグネシウム血症	白内障
低ナトリウム血症	結膜炎
低リン血症	眼の乾燥
リパーゼ	緑内障
代謝/検査-その他	角膜炎(角膜の炎症/角膜潰瘍)
<u>筋骨格系</u> 19	流涙 (なみだ目)
関節炎	視覚-かすみ目
筋脱力(神経障害によらない)	視覚-複視
筋炎(筋の炎症/損傷)	視覚-ちらつき/飛蚊症
骨壊死(無血管性壊死)	視覚-夜盲症
筋骨格系-その他	視覚-羞明
<u>神経学</u> 19	眼球/視覚-その他
くも膜炎/髄膜炎/神経根炎	<u>疼痛</u> 22
運動失調(協調運動障害)	腹痛又は差し込み
中枢神経系脳血管虚血	関節痛
認知障害/学習障害	骨痛
錯乱	胸痛(非心臓性、非胸膜炎性)
妄想	月経困難
意識レベル低下	

性交痛		尿の色の変化	
耳痛		膣炎(感染によらない)	
頭痛		腎/泌尿生殖器—その他	
肝臓痛		<u>二次性悪性腫瘍</u>	<u>25</u>
筋痛 (筋肉痛)		二次性悪性腫瘍	
神経性の疼痛		<u>性/生殖機能</u>	<u>25</u>
放射線による疼痛		二次性悪性腫瘍	
骨盤痛		勃起障害	
胸膜炎痛		女性不妊症	
直腸又は直腸周囲痛 (直腸痛)		月経不順	
腫瘍痛(治療による腫瘍痛の発現又は悪化)		性欲	
疼痛—その他		男性不妊	
<u>肺</u>	<u>23</u>	膣乾燥	
成人呼吸促迫症候群 (ARDS)		性/生殖機能—その他	
無呼吸		<u>症候群</u>	<u>26</u>
一酸化炭素拡散能(DLco)		腫瘍フレア	
咳		腫瘍融解症候群	
呼吸困難(息切れ)		症候群—その他	
1 秒量			
吃逆 (しゃっくり)			
低酸素血症			
胸水(非悪性)			
肺臓炎/肺浸潤			
気胸			
肺線維症			
声の変化/喘鳴/喉頭			
肺—その他			
<u>腎/泌尿生殖器</u>	<u>24</u>		
膀胱痙攣			
クレアチニン			
排尿痛			
瘻孔又は生殖器尿瘻			
ヘモグロビン尿症			
失禁			
手術・処置による膀胱及び/又は尿管の損傷			
蛋白尿			
腎不全			
尿管閉塞			
尿中電解質喪失			
頻尿/尿意切迫			
残尿・尿閉			

\*\*\*\*\*病院 \*\*\*科  
\*\*\*\*\*先生

### 症例登録確認通知

「Ⅲ/Ⅳ期卵巣癌、卵管癌、腹膜癌に対する術前化学療法 Feasibility study」

JCOG0206

施設名	*****病院
患者名(イニシャル)	AA
カルテ番号	123456-78
症例登録番号	0001
腹腔鏡予定日	02/10/01
登録日	2002/10/01
体表面積	*.*** m <sup>2</sup> (登録時:体重 *.**kg、身長 ***.**cm)
1日投与量	TXL : *** mg/body、CBDCA : *** mg/body

以上ご確認下さい

2002/10/1

記録用紙の提出期日…各記入用紙は本症例分、本日郵送します

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 1: 治療前報告 1、2 (青)     | : ****年**月**日までに          |
| 2: 治療前報告 3、4 (黄)     | : 診断的腹腔鏡終了後 6 週間以内に       |
| 3: 経過記録 1 治療 (黄)     | : 術前化学療法終了/中止後速やかに        |
| 4: 経過記録 2-5 検査 (黄)   | : 術前化学療法終了/中止後速やかに        |
| 5: 経過記録 6 毒性 (黄)     | : 術前化学療法終了/中止後速やかに        |
| 6: 腫瘍縮小効果報告 1、2 (緑)  | : 効果判定後速やかに               |
| 7: 術前記録 (緑)          | : 術後 6 週間以内に              |
| 8: 手術所見記録 (緑)        | : 術後 6 週間以内に              |
| 9: 術後記録 (緑)          | : 術後 6 週間以内に              |
| 10: 病理所見記録 (緑)       | : 術後病理所見が出たら速やかに          |
| 11: 経過記録 7 治療 (黄)    | : 術後化学療法終了/中止後速やかに        |
| 12: 経過記録 8-11 検査 (黄) | : 術後化学療法終了/中止後速やかに        |
| 13: 経過記録 12 毒性 (黄)   | : 術後化学療法終了/中止後速やかに        |
| 14: 治療効果報告 (緑)       | : 効果判定後速やかに               |
| 15: 治療終了報告 (赤)       | : プロトコール治療終了/中止後速やかに      |
| 16: 追跡調査用紙 (白)       | (これは定期的にデータセンターより依頼いたします) |

厚生労働科学研究費 「進行卵巣癌の予後改善を目指した集学的治療の研究」班  
厚生労働省がん研究助成金 「婦人科悪性腫瘍に対する新たな治療法の開発に関する研究」班  
" 「多施設共同研究の質の向上のための研究体制確立に関する研究」班

婦人科腫瘍グループ

研究代表者 吉川 裕之 筑波大学臨床医学系  
研究事務局 恩田 貴志 国立がんセンター中央病院  
TEL 03-3542-2511 FAX 03-3542-3815

JCOG データセンター: TEL 03-3542-3373 FAX 03-3542-3374

登録・適格性確認票

電話登録の時も **2日以内** にデータセンターにFAX送信

施設名 _____	担当医 _____
患者イニシャル 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
カルテ番号 _____	
生年月日 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	身長 <input type="text"/> cm
腹腔鏡予定日 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	体重 <input type="text"/> kg
記入責任医師名(自署) _____	記入CRC/RN名(空白可) _____
記入日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日	

1. 上腹部-骨盤の画像で、卵巣・卵管・腹膜原発の悪性腫瘍と診断されますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
2. 細胞診で、卵巣の表層上皮性・間質性の悪性腫瘍に相当する組織型ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
3. 進行期Ⅲ期、またはⅣ期のどちらと診断されましたか？	<input type="checkbox"/> Ⅲ期	<input type="checkbox"/> Ⅳ期		
4. 腫瘍縮小手術の対象となりますか？	<input type="checkbox"/> なる	<input type="checkbox"/> ならない		
5. 測定可能病変はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		
6. 初回治療ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
7. 化学療法・放射線治療の既往はありませんか？	<input type="checkbox"/> 既往なし	<input type="checkbox"/> 既往あり		
8. 20歳以上、75歳以下ですね？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
9. PSIはいくつですか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

10. CA125 (>200 U/ml)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	U/ml
11. CEA (<20 ng/ml)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	ng/ml

12. 臓器機能 (登録日前 <b>14日以内</b> に測定)	検査日	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____
白血球数 (≥4,000 /mm <sup>3</sup> )	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	/mm <sup>3</sup>
血小板 (≥10×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
好中球数 (分節核球+桿状核球) (≥2,000 /mm <sup>3</sup> )	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	/mm <sup>3</sup>
GOT (≤60 IU/l)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	IU/l
GPT (≤60 IU/l)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	IU/l
総ビリルビン (≤1.5 mg/dl)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	mg/dl
クレアチニン (≤1.5 mg/dl)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	mg/dl
Ccr(計算値) (≥50 ml/min)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	ml/min
PaO <sub>2</sub> (room air) (≥70 torr)	_____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	torr

13. 12誘導心電図は、正常または治療を必要としない程度の変化ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14. 文書で本人から同意が得られたのはいつですか？	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

15. 除外条件		
(1) 活動性の重複がんを有していない	<input type="checkbox"/> 確認	
(2) 妊娠中または妊娠中の可能性がなく、授乳中でもない	<input type="checkbox"/> 確認	
(3) 精神病または精神症状の合併により試験への参加が困難、とは判断されない	<input type="checkbox"/> 確認	
(4) ステロイド剤の継続的な全身投与は受けていない	<input type="checkbox"/> 確認	
(5) 発熱を有したり、活動性の感染症を合併していない	<input type="checkbox"/> 確認	
(6) コントロール不良の高血圧症を合併していない	<input type="checkbox"/> 確認	
(7) インスリンの継続的使用により治療中、またはコントロール不良の糖尿病ではない	<input type="checkbox"/> 確認	
(8) 過去6ヶ月以内に、心不全・不安定狭心症・心筋梗塞の既往がない	<input type="checkbox"/> 確認	
(9) 肝硬変・出血傾向などの合併症で腫瘍縮小手術が行えない、とは判断されない	<input type="checkbox"/> 確認	
(10) 明らかに手術治療が必要とされる腸閉塞はない	<input type="checkbox"/> 確認	
(11) アルコール過敏症はない	<input type="checkbox"/> 確認	

データセンター記入欄 (電話登録の場合は連絡した担当者が記入)	(DCでの計算値) 体表面積 _____ m <sup>2</sup>
(DCでの計算) 1回投与量	パクリタキセル _____ mg/body
	カルボプラチン _____ mg/body
登録日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	症例登録番号( ) オペレータ( ) 適格/不適格/取り消し
登録受付: JCOGデータセンター	TEL(03)3542-3373 FAX(03)3542-3374 月~金 9時~17時
receive( ) ( ) memo	204



治療前報告 1 (腹腔鏡前)

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日までにデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

- 1. 推定される原発巣 (複数可) □ 卵巣 □ 卵管 □ 腹膜 □ その他( )
2. 推定される組織型 31 □ (卵巣・卵管・腹膜原発の)腺癌 88 □ その他( )
細胞診検査日 西暦 年 月 日
3. 推定されるFIGO分類の病期 1 □ I 2 □ II 3 □ III 4 □ IV
4. 推定されるTNM分類 T: 10 □ T1 20 □ T2 30 □ T3 N: 00 □ N0 10 □ N1 99 □ NX M: 00 □ M0 10 □ M1

WBC \* \* \* \* /mm³
Hb g/dl
PLT \* \* × 10⁴/mm³
好中球数 (分節核球+桿状核球) \* \* \* \* /mm³
TP g/dl
Alb g/dl
T-Bil \* mg/dl
ALP IU/l
GOT \* \* IU/l
GPT \* \* IU/l
γ GTP IU/l
LDH IU/l
FBS mg/dl
CRP mg/dl
CA125 \* \* \* U/ml
CA19-9 ng/ml
CEA \* ng/ml
PaO₂ \* torr
SaO₂ %
Ccr (計算値) \* \* ml/min

\* 登録時のデータがあらかじめプレプリントされています。
ミスがあれば訂正してください。
\* また治療前に再検査して悪化が見られた場合も、欄外に追加記入してください。

血算検査日 \*\*\*\*年\*\*月\*\*日
分画検査日 \* 月 \* 日
Cr \* \* \* mg/dl
BUN mg/dl
Na mEq/l
K mEq/l
Cl mEq/l
Ca (Alb補正) mg/dl
補正Ca値 (mg/dl) = 実測Ca値 (mg/dl) + [4 - Alb濃度 (g/dl)]
生化学検査日 \* 月 \* 日
血糖検査日 月 日
CRP検査日 月 日
CA125検査日 \* 月 \* 日
CA19-9検査日 月 日
CEA検査日 \* 月 \* 日
血液ガス検査日 \* 月 \* 日

尿検査 尿蛋白 0 □ - 1 □ ± 2 □ + 3 □ 2+ 4 □ 3+ 5 □ 4+
尿糖 0 □ - 1 □ ± 2 □ + 3 □ 2+ 4 □ 3+ 5 □ 4+
尿潜血 0 □ - 1 □ ± 2 □ + 3 □ 2+ 4 □ 3+ 5 □ 4+
尿検査日 月 日

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
( ) ( ) ( ) ( ) ( ) memo



治療前報告 2 (腫瘍評価)

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日までにデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 症例番号

記入者名:GRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

標的病変
・下記の条件のいずれかに該当する病変を選択。長径の大きい順に最大3つまで選択
1) 10mmスライスのCTまたはMRIで、最大径20mm以上(5mmスライスでは最大径10mm以上)
2) 胸部X-Pで最大径20mm以上、かつ周囲が肺野で囲まれている
3) メジャーとともにカラー写真撮影が可能な最大径20mm以上の表在性病変

Table with 5 columns: 部位, 長径(最大径), 検査方法(1つ選択), スライス幅, 検査日. Rows for TL1, TL2, TL3 and a summary row for 標的病変の長径和.

・部位のTL1、TL2、TL3 は標的病変の識別番号。効果判定時と同じ番号に同じ部位の結果を記入(本調査票は必ずコピーして残しておくこと)
\* リンパ節コード 326: 腹部大動脈周囲(傍大動脈) 413: 総腸骨 403: 外腸骨 401: 鼠径 411: 内腸骨
410: 閉鎖 412: 仙骨 405: 基靭帯

非標的病変
・標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
・各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入

Table with 3 columns: 非標的病変の有無, 診断法(1つ選択), 検査日. Rows for various body parts like 子宮, 卵管, 卵巣, 腹膜・腹水, etc.

備考

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
( ) ( ) ( ) ( ) ( ) memo





治療前報告 3 (診断的腹腔鏡) 腹腔鏡後6週間以内にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

卵巣腫瘍取扱い規約第2部 第2版による

- 1. 腹腔鏡実施日
2. 腹腔鏡施行時間
3. 生検
4. 細胞診
5. 腹腔鏡時のT分類・N分類
6. 腹腔鏡前診断も加味したFIGO分類の病期
7. 腹腔鏡時の観察所見と迅速診断による原発巣(複数可)
8. 腹腔鏡時の迅速診断による組織型
9. 迅速標本の永久診断による組織型
10. 腹腔鏡前の診断の正診・非正診の別
11. 腹腔鏡検査目的以外の切開創(延長含む)
12. 追加の処置または手術
13. 輸血の有無
14. 腹腔鏡中の合併症

Table with columns for DC 記入 and rows for receive1, query, check1, receive2, check2, check3, input1, input2, input3, confirm, fix, memo.



治療前報告 4 (診断的腹腔鏡) 腹腔鏡後6週間以内にデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇×〇×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署)  
 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

腹腔鏡当日-30日の合併症・腹腔鏡当日から腹腔鏡後30日の間に観察された最悪gradeを記入

grade	0	1	2	3	4	当日-30日
浮腫	なし	症状はなく治療を要さない	症状があり治療を要する	機能を制限する症状を伴う浮腫治療に反応しない/薬剤投与中止を要する	全身浮腫(重症の全身浮腫)	( ) 月 日
低血圧	なし	治療を要さない変化(一過性の起立性低血圧を含む)	短時間の静脈内輸液等の治療を要するが入院は必要とせず、生理機能に影響なし	治療と持続的観察を要するが持続的な生理機能障害を伴わずに回復	ショック(酸血症と組織灌流低下による臓器機能障害を伴う)	( ) 月 日
手術に関連する出血	なし	軽度で輸血を要さない	-	輸血を要する	緊急処置を要する大出血	( ) 月 日
術後肺炎	なし	-	X線上の変化があり、抗生剤、酸素吸入を要する	X線上の変化があり、喀痰排出障害を伴う	X線上の変化があり補助換気を要する(ARDS)	( ) 月 日
呼吸困難(息切れ)	正常	-	労作時呼吸困難	通常の活動レベルでの呼吸困難	安静時呼吸困難又は人工呼吸器を要する	( ) 月 日
創傷-感染性	なし	蜂窩織炎	表在性感染	抗生物質の静脈投与を要する感染	壊死性筋膜炎	( ) 月 日
創傷-非感染性	なし	創部離開	創部ヘルニア	内臓露出を伴わない筋膜離開	内臓露出を伴う筋膜離開	( ) 月 日
腹腔内膿瘍、腹膜炎	なし	理学的所見、画像診断上の疑診	非手術的ドレナージにより改善	ドレナージ不十分で手術的ドレナージが必要	生命を脅かす、敗血症を併発	( ) 月 日
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(詳細)					( )

・最悪値(最低値)が最初に観察された日を記入

腹腔鏡当日-化学療法開始前日	腹腔鏡当日-化学療法開始前日の最低値	最低値の検査日	
TP g/dl	<input type="text"/> . <input type="text"/>	西暦 年 月 日	/
Alb g/dl	<input type="text"/> . <input type="text"/>	西暦 年 月 日	
Hb g/dl	<input type="text"/> . <input type="text"/>	西暦 年 月 日	

コメント

---

DC	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
記	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
入	( )	( )	( )	( )	memo	



# 経過記録 1 治療 (術前)

術前治療終了/中止後速やかにデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇×〇×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署) \_\_\_\_\_  
 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	1 コース	2 コース
投与日 day1	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	(実投与量) (予定レベル)	(実投与量) (予定レベル)
パクリタキセル	<input type="text"/> mg/body _____ レベル	<input type="text"/> mg/body _____ レベル
カルボプラチン	<input type="text"/> mg/body _____ レベル	<input type="text"/> mg/body _____ レベル
減量の有無 減量理由		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )
延期の有無 延期理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診断的腹腔鏡から1週間を越える延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コース開始の延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )
G-CSF	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり _____ 日間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり _____ 日間
パクリタキセル投与前の 前投薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり

	3 コース	4 コース
投与日 day1	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	(実投与量) (予定レベル)	(実投与量) (予定レベル)
パクリタキセル	<input type="text"/> mg/body _____ レベル	<input type="text"/> mg/body _____ レベル
カルボプラチン	<input type="text"/> mg/body _____ レベル	<input type="text"/> mg/body _____ レベル
前コースからの 減量の有無 減量理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )
延期の有無 延期理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コース開始の延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コース開始の延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )
G-CSF	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり _____ 日間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり _____ 日間
パクリタキセル投与前の 前投薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり

ICSの予定  なし → 「全治療終了報告」提出  
 あり → ICSへ

コメント \_\_\_\_\_

DC 記入	receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
	query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) memo



経過記録 2 検査 (術前)

術前化療終了/中止後速やかにデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇×〇×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署)  
 \_\_\_\_\_  
 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・1コース中の最悪値が最初に観察された日を記入

1コース	1コース治療開始前	1コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
	西暦 年 月 日		西暦 年 月 日
WBC /mm <sup>3</sup>	<input type="text"/>	低 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
Hb g/dl	<input type="text"/>	低 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
PLT /mm <sup>3</sup>	<input type="text"/> × 10 <sup>4</sup>	低 <input type="text"/> × 10 <sup>4</sup>	西暦 年 月 日
好中球数 /mm <sup>3</sup> (分節核球+桿状核球)	<input type="text"/>	低 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
	西暦 年 月 日		
TP g/dl	<input type="text"/>	低 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
Alb g/dl	<input type="text"/>	低 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
T-Bil mg/dl	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
ALP IU/l	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
GOT IU/l	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
GPT IU/l	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
LDH IU/l	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
AMY IU/l	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
BUN mg/dl	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
Na mEq/l	<input type="text"/>	低 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
K mEq/l	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正)* mg/dl	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	<input type="text"/>	高 <input type="text"/>	西暦 年 月 日

\* 補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [ 4 - Alb濃度(g/dl) ]

コメント  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DC	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
記	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
入	( )	( )	( )	( )	( )	memo



経過記録 3 検査 (術前)

術前化療終了/中止後速やかにデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署)  
 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・2コース中の最悪値が最初に観察された日を記入

2コース	2コース治療開始前	2コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
WBC /mm <sup>3</sup>	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
Hb g/dl		低	西暦 年 月 日
PLT /mm <sup>3</sup>		低 ×10 <sup>4</sup>	西暦 年 月 日
好中球数 /mm <sup>3</sup> (分節核球+桿状核球)		低	西暦 年 月 日
TP g/dl	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
Alb g/dl		低	西暦 年 月 日
T-Bil mg/dl		高	西暦 年 月 日
ALP IU/l		高	西暦 年 月 日
GOT IU/l		高	西暦 年 月 日
GPT IU/l		高	西暦 年 月 日
LDH IU/l		高	西暦 年 月 日
AMY IU/l		高	西暦 年 月 日
Cr mg/dl		高	西暦 年 月 日
BUN mg/dl		高	西暦 年 月 日
Na mEq/l		低	西暦 年 月 日
K mEq/l		高	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正)* mg/dl		高	西暦 年 月 日
CRP mg/dl		高	西暦 年 月 日

\* 補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [ 4 - Alb濃度(g/dl) ]

コメント

DC 記 入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	( )	( )	( )	( )	( )	memo



経過記録 4 検査 (術前)

術前治療終了/中止後速やかにデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター

担当医 ○×○×

患者イニシャル 姓 A 名 A

性別 女

生年月日 昭和30年10月10日

カルテ番号 12345-6789

症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)

西暦 年 月 日

・3コース中の最悪値が最初に観察された日を記入

3コース	3コース治療開始前	3コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
	西暦 年 月 日		西暦 年 月 日
WBC /mm <sup>3</sup>		低	西暦 年 月 日
Hb g/dl		低	西暦 年 月 日
PLT /mm <sup>3</sup>	×10 <sup>4</sup>	低	西暦 年 月 日
好中球数 /mm <sup>3</sup> (分節核球+桿状核球)		低	西暦 年 月 日
	西暦 年 月 日		
TP g/dl		低	西暦 年 月 日
Alb g/dl		低	西暦 年 月 日
T-Bil mg/dl		高	西暦 年 月 日
ALP IU/l		高	西暦 年 月 日
GOT IU/l		高	西暦 年 月 日
GPT IU/l		高	西暦 年 月 日
LDH IU/l		高	西暦 年 月 日
AMY IU/l		高	西暦 年 月 日
Cr mg/dl		高	西暦 年 月 日
BUN mg/dl		高	西暦 年 月 日
Na mEq/l		低	西暦 年 月 日
K mEq/l		高	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正)* mg/dl		高	西暦 年 月 日
CRP mg/dl		高	西暦 年 月 日

\* 補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [ 4 - Alb濃度(g/dl) ]

コメント

DC 記 入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	( )	( )	( )	( )	( )	memo



経過記録 5 検査 (術前)

術前化療終了/中止後速やかにデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター

担当医 ○×○×

患者イニシャル 姓 A 名 A

性別 女

生年月日 昭和30年10月10日

カルテ番号 12345-6789

症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署)

西暦 年 月 日

・4コース中の最悪値が最初に観察された日を記入

4コース	4コース治療開始前	4コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
WBC /mm <sup>3</sup>	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
Hb g/dl		低	西暦 年 月 日
PLT /mm <sup>3</sup>		低 × 10 <sup>4</sup>	西暦 年 月 日
好中球数 /mm <sup>3</sup> (分節核球+桿状核球)		低	西暦 年 月 日
TP g/dl	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
Alb g/dl		低	西暦 年 月 日
T-Bil mg/dl		高	西暦 年 月 日
ALP IU/l		高	西暦 年 月 日
GOT IU/l		高	西暦 年 月 日
GPT IU/l		高	西暦 年 月 日
LDH IU/l		高	西暦 年 月 日
AMY IU/l		高	西暦 年 月 日
Cr mg/dl		高	西暦 年 月 日
BUN mg/dl		高	西暦 年 月 日
Na mEq/l		低	西暦 年 月 日
K mEq/l		高	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正)* mg/dl		高	西暦 年 月 日
CRP mg/dl		高	西暦 年 月 日

\* 補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [ 4 - Alb濃度(g/dl) ]

コメント

DC	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
記	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
入	( )	( )	( )	( )	( )	memo



経過記録 6 毒性 (術前)

術前化療終了/中止後速やかに データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

毒性評価 (NCI-CTC) ・各コースを通じて、最悪gradeと最初に観察された日を記入 (grade0では日付記入不要)

Table with 10 columns (grade 0-4, 1 course-4 courses) and 15 rows of toxicity criteria including allergic reactions, fatigue, fever, hair loss, diarrhea, nausea, oral inflammation, vomiting, neutrophil count, neuropathy, joint pain, muscle pain, and lung involvement.

上記項目以外のGrade3以上の非血液毒性/予期されないGrade2以上の毒性 0 □ なし 1 □ あり(下記に詳細記入)

Table with 4 columns: 毒性項目, grade, 初発現日, 転帰・詳細

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
( ) ( ) ( ) ( ) ( ) memo





# 腫瘍縮小効果報告 1 (術前2コース後) 効果判定後速やかにデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署)  
 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

標的病変 ・ 部位のTL1、TL2、TL3 は標的病変の識別番号  
 治療前の標的病変指定と同じ番号に同じ部位の結果を記入 (「治療前報告2参照」)  
 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出

部位	長径(最大径)	検査方法 (1つ選択)	スライス幅	検査日
TL1.部位名: (リンパ節コード*)	cm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他( )	mm	西暦 年 月 日
TL2.部位名: (リンパ節コード*)	cm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他( )	mm	西暦 年 月 日
TL3.部位名: (リンパ節コード*)	cm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他( )	mm	西暦 年 月 日
長径和/縮小率/増大率	cm / 治療前に対して( )%減少 / 最小長径和に対して( )%増大			
全標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)			

\* リンパ節コード 326: 腹部大動脈周囲(傍大動脈) 413: 総腸骨 403: 外腸骨 401: 巣径 411: 内腸骨  
 410: 閉鎖 412: 仙骨 405: 基靭帯

非標的病変 ・ 治療前に非標的病変と指定した部位の結果はすべて記入 (「治療前報告2参照」)  
 ・ 治療前に非標的病変と指定しなかった場合、「未選択」とする (「治療前報告2参照」)

非標的病変の消失の有無	診断法 (1つ選択)	検査日
子宮	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
卵管	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
卵巣	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
腹膜・腹水	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
リンパ節(部位)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
肺(部位)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
胸膜・胸水	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
消化管(部位)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
肝(部位)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
骨(部位)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ	西暦 年 月 日
骨髄	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
脳(部位)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
皮膚(部位)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
その他( )	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
その他( )	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
その他( )	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日

CA125 ( ) U/ml 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 施設基準値(\*\* U/ml)を超える 施設基準値以下

全非標的病変の効果 CR IR/SD PD NE(理由)

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名)  
 術前治療2コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

DC 記入	received( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
	query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) memo



# 腫瘍縮小効果報告 2 (術前4コース後) 効果判定後速やかにデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署) \_\_\_\_\_  
 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

標的病変  
 ・ 部位のTL1、TL2、TL3 は標的病変の識別番号  
 治療前の標的病変指定と同じ番号に同じ部位の結果を記入 (「治療前報告2参照」)  
 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出

部 位	長径(最大径)	検査方法 (1つ選択)	スライス幅	検査日
TL1.部位名: (リンパ節コード*)	cm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他( )	mm	西暦 年 月 日
TL2.部位名: (リンパ節コード*)	cm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他( )	mm	西暦 年 月 日
TL3.部位名: (リンパ節コード*)	cm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他( )	mm	西暦 年 月 日

長径和/縮小率/増大率 \_\_\_\_\_ cm / 治療前に対して( )%減少 / 最小長径和に対して( )%増大  
 全標的病変の効果 CR PR SD PD NE(理由 \_\_\_\_\_)

\* リンパ節コード 326: 腹部大動脈周囲(傍大動脈) 413: 総腸骨 403: 外腸骨 401: 巣径 411: 内腸骨  
 410: 閉鎖 412: 仙骨 405: 基鞘帯

非標的病変  
 ・ 治療前に非標的病変と指定した部位の結果はすべて記入 (「治療前報告2参照」)  
 ・ 治療前に非標的病変と指定しなかった場合、「未選択」とする (「治療前報告2参照」)

非標的病変の消失の有無	診断法 (1つ選択)	検査日
子宮 <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
卵管 <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
卵巢 <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
腹膜・腹水 <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
リンパ節(部位 _____) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
肺(部位 _____) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
胸膜・胸水 <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
消化管(部位 _____) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
肝(部位 _____) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
骨(部位 _____) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ	西暦 年 月 日
骨髄 <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
脳(部位 _____) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
皮膚(部位 _____) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 視診 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
その他( ) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
その他( ) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日
その他( ) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日

CA125 ( ) U/ml 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 施設基準値(\*\* U/ml)を超える 施設基準値以下

全非標的病変の効果 CR IR/SD PD NE(理由 \_\_\_\_\_)

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名 \_\_\_\_\_)  
 術前治療4コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

DC 記入	receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
	query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) memo



術前記録

術後6週間以内にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 西暦 年 月 日

<術前データ>

術前 PS  0  1  2  3  4 (PS 0~2)

(術前14日以内に測定)

WBC     /mm<sup>3</sup> (≥3,000)  
 PLT   × 10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup> (≥10 × 10<sup>4</sup>) 血算検査日 西暦 年 月 日  
 好中球数     /mm<sup>3</sup> (≥1,500) 分画検査日 西暦 年 月 日  
(分葉核球+桿状核球)  
 T-Bil   mg/dl (≤1.5)  
 GOT   IU/l (≤60)  
 GPT   IU/l (≤60)  
 Cr   mg/dl (≤1.5) 生化学検査日 西暦 年 月 日

安静時12誘導心電図  正常  治療を要しない程度の変化  異常あり

コメント

DC 記入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	( )	( )	( )	( )	( )	memo



# 手術所見記録

術後6週間以内にデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×  
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 女 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署) \_\_\_\_\_  
 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

## 全手術例(非切除例含む)

- 手術日 西暦 年 月 日
- 切除範囲
  - 子宮:  切除  切除せず (理由 \_\_\_\_\_)  その他( \_\_\_\_\_ )
  - 右卵巢:  切除  切除せず (理由 \_\_\_\_\_)  その他( \_\_\_\_\_ )
  - 左卵巢:  切除  切除せず (理由 \_\_\_\_\_)  その他( \_\_\_\_\_ )
  - 右卵管:  切除  切除せず (理由 \_\_\_\_\_)  その他( \_\_\_\_\_ )
  - 左卵管:  切除  切除せず (理由 \_\_\_\_\_)  その他( \_\_\_\_\_ )
  - 大網:  切除  切除せず (理由 \_\_\_\_\_)  その他( \_\_\_\_\_ )
- 合併切除  なし  あり  
 (複数可)  直腸低位前方  結腸  脾  腹膜  
 虫垂  小腸  その他( \_\_\_\_\_ )
- リンパ節郭清
  - 骨盤リンパ節:  摘出せず  サンプリング または 部分郭清  郭清
  - 傍大動脈リンパ節:  摘出せず  サンプリング または 部分郭清  郭清
- 腹腔内臓器以外の腫瘍摘出  なし  あり 部位 \_\_\_\_\_
- 残存腫瘍の最大径  残存腫瘍なし  残存腫瘍あり 最大径 \_\_\_\_\_ cm 最大の部位 \_\_\_\_\_
- 手術時間 時間 分
- 術中出血量  ml
- 術中合併症
  - ・ ICS中に観察された最悪gradeを記入

grade	0	1	2	3	4	手術中
手術・処置による 静脈/動脈損傷	なし	血管損傷の一次縫合 修復を要するが輸血を 要さない	血管損傷の一次縫合修復 と輸血を要する	手術を要する血管閉塞又は 血管損傷に対するバイパス術	心筋梗塞を合併; 臓器切 除を要する(例: 腸管、四 肢)	
手術に関連する出血	なし	軽度で輸血を要さない	-	輸血を要する	緊急処置を要する大出血	
低血圧	なし	治療を要さない変化 (一過性の起立性低血 圧を含む)	短時間の静脈内輸液等の 治療を要するが入院は必 要とせず、生理機能に影 響なし	治療と持続的観察を要するが 持続的な生理機能障害を伴 わずに回復	ショック (酸血症と組織灌流低下 による臓器機能障害を伴 う)	
臓器損傷	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (詳細 _____)				
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (詳細 _____)				

コメント (手術が規定後の後治療として行われた場合は、その旨記載)

DC 記入	receive1( _____ )	check1( _____ )	check2( _____ )	input1( _____ )	input2( _____ )	confirm( _____ )
	query( _____ )	receive2( _____ )	check3( _____ )	input3( _____ )	confirm( _____ )	fix( _____ )
	( _____ )	( _____ )	( _____ )	( _____ )	( _____ )	memo _____