



術後記録 (術当日ー術後30日) 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

1. 術中ー術後30日の輸血
- | | | | | | |
|-----|-----------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|----|
| 自己血 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | → | <input type="checkbox"/> | 単位 |
| 全血 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | → | <input type="checkbox"/> | 単位 |
| 濃赤 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | → | <input type="checkbox"/> | 単位 |
2. 再手術 なし あり 詳細 _____

3. 術後早期合併症・術当日から術後30日の間に観察された最悪gradeを記入

grade	0	1	2	3	4	術当日ー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
創傷ー感染性	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
創傷ー非感染性	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
イレウス(又は神経性便秘)	なし	—	間歇的処置を要さない	非外科的処置を要する	手術を要する	() 月 日
機械的イレウス(術後癒着性など)	なし	一過性で禁飲食にて改善	チューブ減圧により改善	チューブ減圧が無効で手術が必要	生命を脅かす、絞扼性	() 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

術当日ー化学療法開始前日	術当日ー化学療法開始前日の最低値	最低値の検査日
TP g/dl	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日
Alb g/dl	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日
Hb g/dl	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	西暦 年 月 日

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



病理所見記録

手術後病理所見が出たら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

<病理組織学的所見>

1. 病理診断(1つ選択) 100 漿液性腺癌 200 粘液性腺癌 300 類内膜腺癌 335 癌肉腫
 400 明細胞腺癌 500 悪性ブレンナー腫瘍 600 移行上皮癌
 700 混合型上皮性腫瘍 800 未分化癌 88 その他()

2. ypTNM T因子: 11 ypT1a 12 ypT1b 13 ypT1c 21 ypT2a 22 ypT2b 23 ypT2c
 31 ypT3a 32 ypT3b 33 ypT3c
 N因子: 00 ypN0 10 ypN1 99 ypNX
 M因子: 00 ypM0 10 ypM1

3. リンパ節摘出・転移 骨盤リンパ節: 転移個数 個 抽出総個数 個
 傍大動脈リンパ節: 転移個数 個 抽出総個数 個

コメント

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



経過記録 7 治療（術後）

術後化療終了/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	2 コース
コース前体重	<input type="text"/> kg 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
投与日 day1	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
パクリタキセル	(実投与量) <input type="text"/> mg/body (予定レベル) _____ レベル	(実投与量) <input type="text"/> mg/body (予定レベル) _____ 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"/> なし <input type="checkbox"/> あり
延期の有無 延期理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ICSから3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
パクリタキセル	(実投与量) <input type="text"/> mg/body (予定レベル) _____ レベル	(実投与量) <input type="text"/> mg/body (予定レベル) _____ 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

コメント _____

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



経過記録 8 検査 (術後)

術後化療終了/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 ³		低	西暦 年 月 日
Hb g/dl		低	西暦 年 月 日
PLT /mm ³	×10 ⁴	低	西暦 年 月 日
好中球数 /mm ³ (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 10 検査 (術後) 術後化療終了/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

・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		
WBC /mm ³	<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 ³	<input type="text"/> × 10 ⁴	低 <input type="text"/> × 10 ⁴	西暦 年 月 日
好中球数 /mm ³ (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 記 入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo



経過記録 11 検査 (術後) 術後化療終了/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

・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 ³	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
Hb g/dl		低	西暦 年 月 日
PLT /mm ³		低 ×10 ⁴	西暦 年 月 日
好中球数 /mm ³ (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 12 毒性 (術後) 術後化療終了/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

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)

grade	0	1	2	3	4	1コース	2コース	3コース	4コース
アレルギー反応/過敏症(薬剤熱を含む)	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬剤熱	蕁麻疹 ≥38°Cの薬剤熱症状 がない気管支痙攣	蕁麻疹の有無によらず 非経口的治療を要する 症状のある気管支痙攣; アレルギーによる浮腫/ 血管性浮腫	7+7イリキシー	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
疲労 (嗜眠、倦怠感、無力)	なし	治療前より疲労が増すが 日常生活には変化がない	中等症 (例:PSがECOGレベル で1低下又はKarnofsky で20%低下)又は一部の 日常生活が困難	重症 (例:PSがECOGレベル で≥2低下又は Karnofskyで≥40%低 下)又は一部の日常生 活ができない	寝たきり又は活動不能	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
発熱 (AGC<1.0×10 ⁹ /Lと定 義される好中球減少が ない場合)	なし	38.0 - 39.0°C	39.1 - 40.0°C	>40.0°C <24時間	>40.0°C >24時間	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
脱毛	なし	軽い脱毛	著明な脱毛	-	-	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
下痢	なし	治療前に比し<4回/ 日の排便回数増加	治療前に比し4-6回/ 日の排便回数増加又は 夜間排便	治療前に比し≥7回/ 日の排便回数増加又は 失禁又は脱水に対する 静脈内輸液を要する	集中治療を要する病態 又は循環動態の虚脱	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
悪心	なし	食べられる	経口摂取量の著明な 減少	ほとんど経口摂取でき ず静脈内輸液を要する	-	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
口内炎/咽頭炎	なし	疼痛がない潰瘍、紅斑 又は病変を特定できな い軽度の疼痛	疼痛がある紅斑、浮 腫、潰瘍 摂食・嚥下可能	疼痛がある紅斑、浮 腫、潰瘍 静脈内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経静脈栄養 又は予防的挿管を要 する	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
嘔吐	なし	治療前に比し24時間あ たり1回多い	治療前に比し24時間あ たり2-5回多い	治療前に比し24時間あ たり≥6回多い;又は静 脈内輸液を要する	経静脈的栄養を要する 又は集中治療を要する 病態循環動態性虚脱	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
発熱性好中球減少 (ANC<1.0×10 ⁹ /L 発熱≥38.5°C)	なし	-	-	あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
神経障害-知覚性	正常	深部腱反射消失又は 知覚異常(疼きを含む) 機能障害はない	他覚的な知覚消失又は 知覚異常(疼きを含む) 機能障害はあるが日常 生活には支障なし	日常生活に支障をきた す知覚消失又は知覚 異常	機能を障害する恒久的 な知覚消失	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
関節痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛:疼痛又は 鎮痛薬による機能障 害があるが日常生活に は支障がない	高度の疼痛:疼痛又は 鎮痛薬により日常生活 に高度な支障あり	活動不能	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
筋痛(筋肉痛)	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛:疼痛又は 鎮痛薬による機能障 害があるが日常生活に は支障がない	高度の疼痛:疼痛又は 鎮痛薬により日常生活 に高度な支障あり	活動不能	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日
肺臓炎/肺浸潤	なし	X線上的変化はあるが 症状がない又は症状 はあるがステロイドを要 さない	X線上的変化がありステ ロイド又は利尿剤を要す る	X線上的変化があり酸 素吸入を要する	X線上的変化があり補 動換気を要する	() 月 日	() 月 日	() 月 日	() 月 日

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 なし あり(下記に詳細記入)

毒性項目	grade	初発現日	転帰・詳細

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



治療効果報告 (術後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

完全腫瘍消失 ・下記の全てが満たされた場合、完全腫瘍消失とする
 1) CTまたはMRIで全ての病変が消失している
 2) 胸部X-PIにて胸水の貯留を認めない
 3) CA125 < 20 U/ml

病変の消失の有無	診断法 (1つ選択)	検査日
子宮	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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()	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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()	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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()	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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()	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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()	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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()	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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()	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 消失せず <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	

完全腫瘍消失の総合判定 完全腫瘍消失 完全腫瘍消失に至らず 不明 判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

コメント

* 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: 基靱帯

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

20020499

以降 P231-P246までは雑誌/図書等に掲載された論文となりますので
P230「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍：該当なし

雑誌：

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Matsumoto K, Yoshikawa H, Yasugi T, et al.	Distinct lymphatic spread of endometrial carcinoma in comparison with cervical and ovarian carcinomas.	Cancer Letters	Vol.180	83-89	2002
Takano M, Kikuchi Y, et al.	Phase and Pharmacological Study of Single Paclitaxel Administered Weekly for Heavily Pre-treated Patients with Epithelial Ovarian Cancer.	ANTICANCER RESEARCH	Vol.22	1833-1838	2002
Nakanishi T, Nawa A, Niwa Y, Nakamura S, Kuzuya K.	Associations between tumor diameter and prognostic variables of epithelial ovarian cancer.	Eur. J. Gynaec. Oncol.	Vol.24	45-47	2003