

プロトコル番号		JGOG登録番号		患者イニシャル		カルテ番号	
施設番号		症例番号		姓 名		入院: 外来:	
J	G	O	G	2	0	4	1
施設名:				科名:		担当医師名:	
記入責任者:				記入日: 200 年 月 日			

投与前

投与前の最悪値 grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲んでください。

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38℃の薬液熱	蕁麻疹 ≥38℃の薬液熱 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	アナフィラキシー
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取の著明な減少	経口的摂取を要する	経管栄養又は経腸栄養を要する
便秘	なし	便軟化剤又は食事の工夫を要する	緩下剤を要する	排便又は浣腸を要する頑固な便秘	腸閉塞 又は中毒性巨大結腸
下痢	なし	治療前に対し 24 時間あたり 4 回以上の 排便回数増加	治療前に対し 4-6 回/日の 排便回数増加又は夜間排便	治療前に対し ≥7 回/日の排便回数増加 又は失禁又は 脱水に対する経口的輸液を要する	集中治療を要する病態 又は循環動態の虚脱
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 経口的輸液を要する	
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 経口的輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経腸栄養 又は予防的経管を 要する
嘔 吐	なし	治療前に対し 24 時間あたり 1 回多い	治療前に対し 24 時間あたり 2-5 回多い	治療前に対し 24 時間あたり ≥6 回多い 又は経口的輸液を要する	経腸的栄養を要する又は集中治療を 要する病態循環動態的虚脱
神経障害-運動性	正常	自覚的脱力感があるが他覚的 所見なし	軽度の他覚的脱力機能障害は あるが日常生活には支障なし	日常生活に支障をきたす 他覚的脱力	麻痺
神経障害-知覚性	正常	深部感覚反身消失又は 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
筋痛(筋肉痛)	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛 疼痛又は鎮痛剤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 疼痛又は鎮痛剤により 日常生活に高度な支障あり	活動不能
カテーテル感染	なし	軽症で特異的治療を要さない	中等症の局所的感染 局所療法又は内 服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注 投与または入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例: 敗血症性ショック)
発熱性好中球 減少	なし			あり	生命を脅かす敗血症 (例: 敗血症性ショック)
Grade 3-4 の好中球 減少を伴う感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /L 発熱 ≥38.5℃)	なし			あり	生命を脅かす敗血症 (例: 敗血症性ショック)
好中球減少を伴わ ない感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /L)	なし	軽症で特異的治療を要さない	中等症の局所的感染 局所療法又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注投与 又は入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例: 敗血症性ショック)
浮腫	なし	症状がなく 治療を要さない	症状あり 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)
脱 毛	なし	軽い脱毛	著明な脱毛		
発疹 / 落屑	なし	関連症状がない 小紅斑・丘疹 又は紅斑	かゆみ又は他の症状を伴い体表 の<50%を占める小紅斑・丘疹又は 紅斑、又は体表の<50%を占める限局 性の落屑その他の病変	症状のある全身性紅皮症、 又は紅斑、丘疹、小水疱、 又は体表の≥50%を占める落屑	全身性の剥脱性皮膚炎 又は剥離性皮膚炎
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
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす

JGOG登録番号										患者イニシャル 姓 名		カルテ番号	
プロトコル番号				施設番号			症例番号					入院: 外来:	
J	G	O	G	2	0	4	1						
施設名:				科名:			担当医師名:						
記入責任者:				記入日: 200 年 月 日									

WNL: (施設) 基準値範囲内、LLN: (施設) 基準値下限、ULN: (施設) 基準値上限

投与前					
項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4
Hb(g/dl)	WNL	<LLN・10.0	8.0・<10.0	6.5・<8.0	<6.5
白血球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN・3.0	$\geq 2.0$ ・<3.0	$\geq 1.0$ ・<2.0	<1.0
好中球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	$\geq 1.5$ ・<2.0	$\geq 1.0$ ・<1.5	$\geq 0.5$ ・<1.0	<0.5
血小板数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN・75	$\geq 50$ ・<75	$\geq 10$ ・<50	<10
ビリルビン	WNL	>ULN・1.5xULN	>1.5・3.0xULN	>3.0・10.0xULN	>10.0xULN
SGOT (AST)	WNL	>ULN・2.5xULN	>2.5・5.0xULN	>5.0・20.0xULN	>20.0xULN
SGPT (ALT)	WNL	>ULN・2.5xULN	>2.5・5.0xULN	>5.0・20.0xULN	>20.0xULN
BUN*	$\leq 25$	26~40	41~60	61~80	$\geq 81$
Cr	WNL	>ULN・1.5xULN	>1.5・3.0xULN	>3.0・6.0xULN	>6xULN
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす

\* 癌治療学会 固形がん化学療法直接判定基準による

腫瘍マーカー(腫瘍マーカーは必須ではありません。)

( )	検査値:	200 年 月 日
( )	検査値:	<input type="checkbox"/> 同上 または 200 年 月 日

プロトコル番号		JGOG登録番号 施設番号			症例番号	患者イニシャル 姓 名	カルテ番号
J	G	O	G	2	0	4	1
施設名:				科名:	担当医師名:		
記入責任者:					記入日: 200 年 月 日		

投与状況 1 コース目

群	<input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> DJ <input type="checkbox"/> TJ	投与日	200 年 月 日	IPS	0 1 2 3 4
		投与前体重	__ __ kg	体重補正の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

DP 療法	Docetaxel	体表 面積当	<input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施 <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 未実施
		投与量	__ __ __	mg/ body	
	Cisplatin	体表 面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	
		投与量	__ __ __	mg/ body	

DJ 療法	Docetaxel	体表 面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施 <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 未実施
		投与量	__ __ __	mg/ body	
	Carboplatin	AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/mL ·min	
		投与量	__ __ __	mg/ body	

TJ 療法	Paclitaxel	体表 面積当	<input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 他( __ __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 実施 <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 未実施
		投与量	__ __ __	mg/ body	
	Carboplatin	AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/mL ·min	
		投与量	__ __ __	mg/ body	

JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
プロトコル番号	施設番号	姓	入院:
J   G   O   G   2   0   4   1		名	外来:
症例番号		担当医師名:	
施設名:		記入日: 200 年 月 日	
科名:		記入責任者:	

投与期間中

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後~次サイクル開始直前まで)を、grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲み、さらに grade 1~4 の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化した grade の場合は、因果関係の有無にも必ずチェックをして下さい。

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの発熱	蕁麻疹 ≥38°Cの発熱 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	アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取の著明な減少	経口内服薬を要する	経管栄養又は経腸栄養を要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
便秘	なし	便軟化剤又は食事の工夫を要する	緩下剤を要する	嚥便又は浣腸を要する頑固な便秘	腸閉塞 又は中毒性巨大結腸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
下痢	なし	治療前に対し <4 回/日の 排便回数増加	治療前に対し、4-6 回/日の 排便回数増加又は夜間排便	治療前に対し、7 回/日の排便回数増加又 は失禁又は脱水に対する 経口内服薬を要する	集中治療を要する病態 又は循環動態の虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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 経口内服薬を要する		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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 経口内服薬を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経腸栄養 又は予防的経管を 要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
嘔吐	なし	治療前に対し 24 時間あたり 1 回多い	治療前に対し 24 時間あたり 2-5 回多い	治療前に対し 24 時間あたり ≥6 回多い、 又は経口内服薬を要する	経腸栄養を要する又は集中 治療を要する病態/循環動態 虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
神経障害-運動性	正常	自覚的脱力感があるが 他覚的所見なし	軽度の他覚的脱力/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 他覚的脱力	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
カテーテル感染	なし	軽症で積極的治療を要さない	中等症の局所的感染 局所療法又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注 投与または入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
発熱性好中球減少	なし			あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
Grade3-4 の好中球 減少を伴う感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
好中球減少を伴わ ない感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /L)	なし	軽症で積極的治療を要さない	中等症の局所的感染 局所療法又は内服治療を要する	重症の全身性感染 生物質や抗真菌剤の静注投与 又は入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
浮腫	なし	症状はなく 治療を要さない	症状あり 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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
脱毛	なし	軽い脱毛	著明な脱毛			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
発疹/落屑	なし	関連症状がない 小紅斑・丘疹 又は紅斑	かゆみ又は他の症状を伴い体表 の<50%を占める小紅斑・丘疹又は 紅斑、又は体表の<50%を占める限 局性の落屑その他の病変	症状のある全身性紅皮症、 又は紅斑、丘疹、小水疱、 又は体表の≥50%を占める落屑	全身性の剥離性皮膚炎 又は潰瘍性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

プロトコル番号		JGOG登録番号			患者イニシャル	カルテ番号						
J	G	O	G	2	0	4	1	施設番号	症例番号	姓	名	入院:
施設名:				科名:			担当医師名:					
記入責任者:						記入日: 200 年 月 日						

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後～次サイクル開始直前まで)を、grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲み、さらに grade 1 ~ 4 の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化した grade の場合は、因果関係の有無にも必ずチェックして下さい。  
 WNL: (施設) 基準値範囲内、LLN: (施設) 基準値下限、ULN: (施設) 基準値上限

投与コース: 1 コース		G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無				因果関係の有無
項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	
Hb(g/dl)	WNL	<LLN・10.0	8.0・<10.0	6.5・<8.0	<6.5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
白血球数 ( $\times 10^3/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN・3.0	$\geq 2.0$ ・<3.0	$\geq 1.0$ ・<2.0	<1.0	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
好中球数 ( $\times 10^3/\text{mm}^3$ )	WNL	$\geq 1.5$ ・<2.0	$\geq 1.0$ ・<1.5	$\geq 0.5$ ・<1.0	<0.5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
血小板数 ( $\times 10^3/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN・75	$\geq 50$ ・<75	$\geq 10$ ・<50	<10	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
ビリルビン	WNL	>ULN・1.5x ULN	>1.5・3.0x ULN	>3.0・10.0x ULN	>10.0x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
SGOT (AST)	WNL	>ULN・2.5x ULN	>2.5・5.0x ULN	>5.0・20.0x ULN	>20.0x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
SGPT (ALT)	WNL	>ULN・2.5x ULN	>2.5・5.0x ULN	>5.0・20.0x ULN	>20.0x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
BUN*	$\leq 25$	26~40	41~60	61~80	$\geq 81$	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
Cr	WNL	>ULN・1.5x ULN	>1.5・3.0x ULN	>3.0・6.0x ULN	>6x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

\* 癌治療学会 固形がん化学療法直接判定基準による

腫瘍マーカー(腫瘍マーカーは必須ではありません。)

( )	検査値:	200 年 月 日
( )	検査値:	<input type="checkbox"/> 同上 または 200 年 月 日

コメント

プロトコル番号		JGOG登録番号			患者イニシャル	カルテ番号						
J	G	O	G	2	0	4	1	施設番号	症例番号	姓	名	入院:
施設名:				科名:		担当医師名:						
記入責任者:						記入日: 200 年 月 日						

投与状況 2 コース目

群	<input type="checkbox"/> DP	<input type="checkbox"/> DJ	<input type="checkbox"/> TJ	<input checked="" type="checkbox"/> PS	0	1	2	3	4	
投与前 CCr	mL/min	投与前体重	__ __ kg	体重補正の有無	<input type="checkbox"/> 0 無	<input type="checkbox"/> 1 有				
投与日	200 年 月 日 投与の延期 <input type="checkbox"/> 0 無 <input type="checkbox"/> 1 有 (有の場合は下記延期理由にご記入ください)									
投与延期の理由	<input type="checkbox"/> 好中球数 (1,500/mm <sup>3</sup> 以上に回復せず) <input type="checkbox"/> 血小板数 (10 万/mm <sup>3</sup> 以上に回復せず) <input type="checkbox"/> AST (100U/L 以下、肝転移では 150 U/L 以下に回復せず) <input type="checkbox"/> ALT (100U/L 以下、肝転移では 150 U/L 以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 総ビリルビン (1.5mg/dL 以下に回復せず) <input type="checkbox"/> CCr (60mL/min 以上に回復せず)					<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン (1.5mg/dL 以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 発熱(38°C未滿に回復せず) <input type="checkbox"/> PS(2 以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 神経障害(G1 以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 浮腫(G1 以下に回復せず) <input type="checkbox"/> その他( )				

DP 療法	Docetaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4 の好中球減少が 5 日間以上継続 <input type="checkbox"/> G3 の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	__ __ __	mg/body	<input type="checkbox"/> 1 実施 <input type="checkbox"/> 0 未実施	
	Cisplatin	体表面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> CCr の低下 CCr 値( __ __ __ mL/min) <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	__ __ __	mg/body		

DJ 療法	Docetaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4 の好中球減少が 5 日間継続 <input type="checkbox"/> G3 の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	__ __ __	mg/body	<input type="checkbox"/> 1 実施 <input type="checkbox"/> 0 未実施	
	Carboplatin	AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/mL・min	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G4 の血小板減少 <input type="checkbox"/> G3 の血小板減少による出血傾向 <input type="checkbox"/> 血小板輸血 <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	__ __ __	mg/body		

TJ 療法	Paclitaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 他( __ __ __ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4 の好中球減少が 5 日間継続 <input type="checkbox"/> G3 の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	__ __ __	mg/body	<input type="checkbox"/> 1 実施 <input type="checkbox"/> 0 未実施	
	Carboplatin	AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他( __ __ )	mg/mL・min	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> G4 の血小板減少 <input type="checkbox"/> G3 の血小板減少による出血傾向 <input type="checkbox"/> 血小板輸血 <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	__ __ __	mg/body		

プロトコル番号		JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
J	G	O	G	施設番号	入院:
2	0	4	1	症例番号	外来:
施設名:			科名:	担当医師名:	
記入責任者:			記入日: 200 年 月 日		

投与期間中

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後～次サイクル開始直前まで)を、grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲み、さらに grade 1~4 の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化した grade の場合は、因果関係の有無にも必ずチェックして下さい。

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
アレルギー-反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの発熱	麻疹疹 ≥38°Cの発熱 症状がない気管支炎	麻疹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炎 アレルギーによる浮腫/血管性浮腫	アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取の著明な減少	経管内輸液を要する	経管栄養又は経腸栄養を要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
便秘	なし	便秘剤又は食事の工夫を要する	緩下剤を要する	排便又は洗腸を要する程度の便秘	腸閉塞 又は中毒性巨大腸腸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
下痢	なし	治療前に対し <4 回/日の 排便回数増加	治療前に対し 4-6 回/日の 排便回数増加又は夜間排便	治療前に対し ≥7 回/日の排便回数増加 又は失禁又は脱水に対する 経管内輸液を要する	集中治療を要する病態又は循環 虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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 経管内輸液を要する		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
口内炎/咽頭炎	なし	疼痛がない軽度、 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 経管内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経腸栄養 又は予防的経管を 要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
嘔吐	なし	治療前に対し 24 時間あたり 1 回多い	治療前に対し 24 時間あたり 2-5 回多い	治療前に対し 24 時間あたり ≥6 回多い 又は経管内輸液を要する	経腸栄養を要する又は集中 治療を要する病態/循環虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
神経障害-運動性	正常	自覚的脱力感があるが 他覚的所見なし	軽度の他覚的脱力/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 他覚的脱力	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	機能障害する 恒久的な知覚消失	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
筋痛(筋肉痛)	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛 疼痛又は鎮痛剤による機能障害 があるが日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛又は鎮痛剤により日常生活に 高度な支障あり	活動不能	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
カテーテル感染	なし	軽度で経腸栄養治療を要さない	中等症の局所感染 局所療法 又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注 投与または入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
発熱性好中球減少	なし			あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
Grade3-4 の好中球 減少を伴う感染 (ANC<1.0×10 <sup>9</sup> /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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
好中球減少を伴わ ない感染 (ANC<1.0×10 <sup>9</sup> /L)	なし	軽度で経腸栄養治療を要さない	中等症の局所感染 局所療法 又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注投与 又は入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
浮腫	なし	症状はなく 治療を要さない	症状あり 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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
脱毛	なし	軽い脱毛	著明な脱毛			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
発疹 / 落屑	なし	関連症状がない 小紅斑・丘疹 又は紅斑	かゆみ又は他の症状を伴い体表 の<50%を占める小紅斑・丘疹又は 紅斑、又は体表の<50%を占める限 局性の落屑その他の病変	症状のある全身性紅皮症、 又は紅斑、丘疹、小水疱、 又は体表の≥50%を占める落屑	全身性の剥離性皮膚炎 又は菌毒性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
プロトコル番号	施設番号	姓 名	入院: 外来:
J   G   O   G   2   0   4   1			
施設名:		科名:	担当医師名:
記入責任者:		記入日: 200 年 月 日	

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後～次サイクル開始直前まで)を、grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲み、さらに grade 1 ~ 4 の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化した grade の場合は、因果関係の有無にも必ずチェックをして下さい。  
 WNL: (施設) 基準値範囲内、LLN: (施設) 基準値下限、ULN: (施設) 基準値上限

投与コース: 2 コース		G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
Hb(g/dl)	WNL	<LLN-10.0	8.0-10.0	6.5-8.0	<6.5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
白血球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN-3.0	$\geq 2.0$ <3.0	$\geq 1.0$ <2.0	<1.0	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
好中球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	$\geq 1.5$ <2.0	$\geq 1.0$ <1.5	$\geq 0.5$ <1.0	<0.5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
血小板数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN-75	$\geq 50$ <75	$\geq 10$ <50	<10	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
ビリルビン	WNL	>ULN-1.5xULN	>1.5-3.0xULN	>3.0-10.0xULN	>10.0xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
SGOT (AST)	WNL	>ULN-2.5xULN	>2.5-5.0xULN	>5.0-20.0xULN	>20.0xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
SGPT (ALT)	WNL	>ULN-2.5xULN	>2.5-5.0xULN	>5.0-20.0xULN	>20.0xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
BUN*	$\leq 25$	26~40	41~60	61~80	$\geq 81$	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
Cr	WNL	>ULN-1.5xULN	>1.5-3.0xULN	>3.0-6.0xULN	>6xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

\* 癌治療学会 固形がん化学療法直接判定基準による

腫瘍マーカー(腫瘍マーカーは必須ではありません。)

( )	検査値:	200 年 月 日
( )	検査値:	<input type="checkbox"/> 同上 または 200 年 月 日

コメント



プロトコル番号 J   G   O   G   2   0   4   1		JGOG登録番号 施設番号				患者イニシャル 姓 名		カルテ番号 入院: 外来:	
施設名:				科名:		担当医師名:			
記入責任者:				記入日: 200 年 月 日					

投与状況 3コース目

群	<input type="checkbox"/> DP	<input type="checkbox"/> DJ	<input type="checkbox"/> TJ	<input checked="" type="checkbox"/> PS	0	1	2	3	4
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	---	---	---	---	---

投与前 CCr	mL/min	投与前体重	___ kg	体重補正の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
---------	--------	-------	--------	---------	---

投与日	200 年 月 日	投与の延期	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下記延期理由にご記入ください)
-----	-----------	-------	---

投与延期の理由	<input type="checkbox"/> 好中球数 (1,500/mm <sup>3</sup> 以上に回復せず)	<input type="checkbox"/> 血清クレアチニン (1.5mg/dL 以下に回復せず)
	<input type="checkbox"/> 血小板数 (10 万/mm <sup>3</sup> 以上に回復せず)	<input type="checkbox"/> 発熱(38°C未満に回復せず)
	<input type="checkbox"/> AST (100U/L 以下、肝転移では 150 U/L 以下に回復せず)	<input type="checkbox"/> PS(2 以下に回復せず)
	<input type="checkbox"/> ALT (100U/L 以下、肝転移では 150 U/L 以下に回復せず)	<input type="checkbox"/> 神経障害(G1 以下に回復せず)
	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン (1.5mg/dL 以下に回復せず)	<input type="checkbox"/> 浮腫(G1 以下に回復せず)
	<input type="checkbox"/> CCr (60mL/min 以上に回復せず)	<input type="checkbox"/> その他( )

DP 療法	Docetaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 他( ___ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4 の好中球減少が 5 日間以上継続 <input type="checkbox"/> G3 の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	___	mg/body		
Cisplatin		体表面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他( ___ )	mg/m <sup>2</sup>	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CCr の低下 CCr 値( ___ mL/min) <input type="checkbox"/> その他( )	
		投与量	___	mg/body		

DJ 療法	Docetaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他( ___ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4 の好中球減少が 5 日間継続 <input type="checkbox"/> G3 の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	___	mg/body		
Carboplatin		AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他( ___ )	mg/mL·min	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> G4 の血小板減少 <input type="checkbox"/> G3 の血小板減少による出血傾向 <input type="checkbox"/> 血小板輸血 <input type="checkbox"/> その他( )	
		投与量	___	mg/body		

TJ 療法	Paclitaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 他( ___ )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4 の好中球減少が 5 日間継続 <input type="checkbox"/> G3 の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他( )
		投与量	___	mg/body		
Carboplatin		AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他( ___ )	mg/mL·min	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> G4 の血小板減少 <input type="checkbox"/> G3 の血小板減少による出血傾向 <input type="checkbox"/> 血小板輸血 <input type="checkbox"/> その他( )	
		投与量	___	mg/body		

JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
プロトコル番号	施設番号	姓名	入院:
J   G   O   G   2   0   4   1			外来:
症例番号		担当医師名:	
施設名:		科名:	
記入責任者:		記入日: 200 年 月 日	

投与期間中

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後～次サイクル開始直前まで)を、grade 0～4までで該当するものを○印で囲み、さらにgrade 1～4の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化したgradeの場合は、因果関係の有無にも必ずチェックして下さい。

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの発熱	麻疹疹 ≥38°Cの発熱 症状のない気管支炎	麻疹疹の有無によらず経口的治療を 要する症状のある気管支炎; アレルギーによる浮腫/血管性浮腫	アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取の著明な減少	腸管内閉塞を要する	経管栄養又は経腸栄養を要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
便秘	なし	便軟化剤又は食事の工夫を 要する	緩下剤を要する	排便又は腸閉を要する可能性;便秘	腸閉塞 又は中毒性巨大結腸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
下痢	なし	治療前に対し 4回/日の 排便回数増加	治療前に対し4-6回/日の 排便回数増加又は夜間排便	治療前に対し≥7回/日の排便回数増加 又は失禁又は 脱肛に対する腸管内閉塞を要する	集中治療を要する病態 又は循環動態の虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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 腸管内閉塞を要する		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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 腸管内閉塞を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経腸栄養 又は予防的経管を 要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
嘔吐	なし	治療前に対し、24時間あたり 1回多い	治療前に対し、24時間あたり 2-5回多い	治療前に対し、24時間あたり ≥6回多い; 又は腸管内閉塞を要する	経腸栄養を要する又は集 中治療を要する病態/循環動態 虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
神経障害-運動性	正常	自覚的脱力感があるが 他覚的所見なし	軽度の他覚的脱力感/機能障害 があるが日常生活には支障なし	日常生活に支障をきたす 他覚的脱力	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	重度の疼痛 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
カテーテル感染	なし	軽度で創傷的治療を要さない	中等症の局所的感染 局所療法又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注 投与または入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
発熱性好中球減少	なし			あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
Grade 3-4の好中球 減少を伴う感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /L、発熱 ≥38.5°C)	なし			あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
好中球減少を伴わ ない感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /L)	なし	軽度で創傷的治療を要さない	中等症の局所的感染 局所療法又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注投与 又は入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
浮腫	なし	症状はなく 治療を要さない	症状あり 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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
脱毛	なし	軽い脱毛	著明な脱毛			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
発疹/落屑	なし	関連症状がない 小紅斑・丘疹 又は紅斑	かゆみ又は他の症状を伴い体表 の<50%を占める小紅斑・丘疹又は 紅斑、又は体表の<50%を占める限 局性の落屑その他の病変	症状のある全身性掻痒症、 又は紅斑、丘疹、小水疱、 又は体表の≥50%を占める落屑	全身性の剥離性皮膚炎 又は浸潤性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

プロトコル番号		JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
J	G	O	G	施設番号	入院:
2	0	4	1	症例番号	外来:
施設名:			科名:	担当医師名:	
記入責任者:			記入日: 200 年 月 日		

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後～次サイクル開始直前まで)を、grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲み、さらに grade 1 ~ 4 の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化した grade の場合は、因果関係の有無にも必ずチェックをして下さい。  
 WNL: (施設) 基準値範囲内、LLN: (施設) 基準値下限、ULN: (施設) 基準値上限

投与コース: 3 コース		G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				因果関係の有無
項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	
Hb(g/dl)	WNL	<LLN・100	80・<100	65・<80	<65	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
白血球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN・3.0	$\geq 2.0$ ・<3.0	$\geq 1.0$ ・<2.0	<1.0	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
好中球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	$\geq 1.5$ ・<2.0	$\geq 1.0$ ・<1.5	$\geq 0.5$ ・<1.0	<0.5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
血小板数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<LLN・75	$\geq 50$ ・<75	$\geq 10$ ・<50	<10	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
ビリルビン	WNL	>ULN・1.5xULN	>1.5・3.0xULN	>3.0・10.0xULN	>10.0xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
SGOT (AST)	WNL	>ULN・2.5xULN	>2.5・5.0xULN	>5.0・20.0xULN	>20.0xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
SGPT (ALT)	WNL	>ULN・2.5xULN	>2.5・5.0xULN	>5.0・20.0xULN	>20.0xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
BUN*	$\leq 25$	26~40	41~60	61~80	$\geq 81$	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
Cr	WNL	>ULN・1.5xULN	>1.5・3.0xULN	>3.0・6.0xULN	>6xULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

\* 癌治療学会 固形がん化学療法直接判定基準による

腫瘍マーカー(腫瘍マーカーは必須ではありません。)

( )	検査値:	200 年 月 日
( )	検査値:	<input type="checkbox"/> 同上 または 200 年 月 日

コメント

JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
プロトコル番号	施設番号	姓 名	入院: 外来:
J   G   O   G   2   0   4   1			
施設名:	科名:	担当医師名:	
記入責任者:	記入日: 200 年 月 日		

投与状況     コース目      4 コース目以降には本用紙を複写して使用してください

群	<input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> DJ <input type="checkbox"/> TJ <input type="checkbox"/> PS	0 1 2 3 4
投与前 CCr	mL/min	投与前体重:      kg      体重補正の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
投与日	200 年 月 日 投与の延期 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下記延期理由にご記入ください)	
投与延期の理由	<input type="checkbox"/> 好中球数 (1,500/mm <sup>3</sup> 以上に回復せず) <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン (1.5mg/dL以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 血小板数 (10万/mm <sup>3</sup> 以上に回復せず) <input type="checkbox"/> 発熱(38°C未満に回復せず) <input type="checkbox"/> AST (100U/L以下、肝転移では150U/L以下に回復せず) <input type="checkbox"/> PS(2以下に回復せず) <input type="checkbox"/> ALT (100U/L以下、肝転移では150U/L以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 神経障害(G1以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 総ビリルビン (1.5mg/dL以下に回復せず) <input type="checkbox"/> 浮腫(G1以下に回復せず) <input type="checkbox"/> CCr (60mL/min以上に回復せず) <input type="checkbox"/> その他(      )	

DP療法	Docetaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 他(      )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4の好中球減少が5日間以上継続 <input type="checkbox"/> G3の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他(      )
		投与量		mg/body		
	Cisplatin	体表面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他(      )	mg/m <sup>2</sup>	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CCrの低下 CCr値(      mL/min) <input type="checkbox"/> その他(      )	
		投与量		mg/body		

DJ療法	Docetaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 他(      )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4の好中球減少が5日間継続 <input type="checkbox"/> G3の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他(      )
		投与量		mg/body		
	Carboplatin	AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他(      )	mg/mL·min	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> G4の血小板減少 <input type="checkbox"/> G3の血小板減少による出血傾向 <input type="checkbox"/> 血小板輸血 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		投与量		mg/body		

TJ療法	Paclitaxel	体表面積当	<input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 他(      )	mg/m <sup>2</sup>	プレメディケーション <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱性好中球減少 <input type="checkbox"/> G4の好中球減少が5日間継続 <input type="checkbox"/> G3の非血液毒性(脱毛・悪心・嘔吐・全身倦怠感を除く) <input type="checkbox"/> その他(      )
		投与量		mg/body		
	Carboplatin	AUC	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 他(      )	mg/mL·min	投与量変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> G4の血小板減少 <input type="checkbox"/> G3の血小板減少による出血傾向 <input type="checkbox"/> 血小板輸血 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		投与量		mg/body		

プロトコル番号		JGOG登録番号			患者イニシャル	カルテ番号							
J	G	O	G	2	0	4	1	施設番号	症例番号	姓	名	入院:	
施設名:				科名:		担当医師名:							
記入責任者:				記入日:		200		年		月		日	

4. コース目以降には本用紙を複写して使用してください

投与期間中

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後~次サイクル開始直前まで)を、grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲み、さらに grade 1~4 の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化した grade の場合は、因果関係の有無にも必ずチェックをして下さい。

投与コース: <u>    </u> コース	項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
	アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬熱	麻疹疹 ≥38°Cの薬熱 症状がない気管支喘息	麻疹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喘息; アレルギーによる浮腫/血管性浮腫	アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取の著明な減少	経口的摂取を要する	経管栄養又は経腸栄養を要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	便秘	なし	便秘剤又は食事の工夫を 要する	緩下剤を要する	排便又は浣腸を要する頑固な便秘	腸閉塞 又は中腸性巨大結腸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	下痢	なし	治療前比L <4回/日の 排便回数増加	治療前比L 4-6回/日の 排便回数増加又は夜間排便	治療前比L ≥7回/日の排便回数増加又 は失禁又は脱水に対する経口的治療を 要する	集中治療を要する病態又は循 環動態の虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	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 経口的治療を要する		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	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 傾食・嚥下可能	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍 経口的治療を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経腸栄養 又は予後が不明を 要する	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	嘔吐	なし	治療前比L 24時間あたり 1回多い	治療前比L 24時間あたり 2-5回多い	治療前比L 24時間あたり ≥6回多い; 又は経口的治療を要する	経腸栄養を要する又は中 治療を要する病態循環動態 虚脱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	神経障害-運動性	正常	自覚的脱力感があるが 他覚的所見なし	軽度の他覚的脱力感 他覚的所見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 他覚的脱力	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	神経障害-知覚性	正常	深部屈反射消失又は知覚異常 (疼きを含む)機能的所見は ない	他覚的知覚消失又は知覚異常 (疼きを含む)機能的所見はあるが日 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	筋痛(筋肉痛)	なし	軽度の疼痛 機能的所見なし	中等度の疼痛 疼痛又は鎮痛剤による機能的所見 があるが日常生活には支障がない	高度の疼痛 疼痛又は鎮痛剤により日常生活に 高度な支障あり	活動不能	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	カテーテル感染	なし	軽度で積極的治療を要さな い	中等症の局所的感染 局所療法 又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注投与 又は入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	発熱性好中球減少	なし			あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	Grade3-4の好中球 減少を伴う感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	好中球減少を伴わ ない感染 (ANC<1.0x10 <sup>9</sup> /L)	なし	軽度で積極的治療を要さな い	中等症の局所的感染 局所療法又は内服治療を要する	重症の全身性感染 抗生物質や抗真菌剤の静注投与 又は入院を要する	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	浮腫	なし	症状はなく 治療を要さない	症状あり 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/ 薬物投与中止を要する	全身浮腫 (重症の全身浮腫)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	脱毛	なし	軽い脱毛	著明な脱毛			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	発疹/落屑	なし	関連症状がない 小紅斑・丘疹 又は紅斑	かゆみ又は他の症状を伴い体表 の<50%を占める小紅斑・丘疹又は 紅斑、又は体表の<50%を占める限 局性の落屑その他の病変	症状のある全身性紅皮症、 又は紅斑、丘疹、小水疱、 又は体表の≥50%を占める落屑	全身性の剥離性皮膚炎 又は流膿性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	疲労 (嘔吐、倦怠感、無力)	なし	治療前より疲労 が軽くなる日常生活 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり
	その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
プロトコル番号	施設番号	姓 名	入院: 外来:
J   G   O   G   2   0   4   1			
施設名:		科名:	担当医師名:
記入責任者:		記入日: 200 年 月 日	

4 コース目以降には本用紙を複写して使用してください

各項目毎に各サイクルの最悪値(化学療法投与直後～次サイクル開始直前まで)を、grade 0 ~ 4 までで該当するものを○印で囲み、さらに grade 1 ~ 4 の場合で、かつ初回投与前値よりも悪化した grade の場合は、因果関係の有無にも必ずチェックをして下さい。

WNL: (施設) 基準値範囲内、ULN: (施設) 基準値下限、ULN: (施設) 基準値上限

投与コース: __ コース		G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 有 <input type="checkbox"/> <sup>0</sup> 無					因果関係の有無
項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4		
Hb(g/dl)	WNL	<ULN・10.0	8.0・<10.0	6.5・<8.0	<6.5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
白血球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<ULN・3.0	$\geq 2.0$ ・<3.0	$\geq 1.0$ ・<2.0	<1.0	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
好中球数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	$\geq 1.5$ ・<2.0	$\geq 1.0$ ・<1.5	$\geq 0.5$ ・<1.0	<0.5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
血小板数 ( $\times 10^9/\text{mm}^3$ )	WNL	<ULN・75	$\geq 50$ ・<75	$\geq 10$ ・<50	<10	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
ビリルビン	WNL	>ULN・1.5 x ULN	>1.5・3.0 x ULN	>3.0・10.0 x ULN	>10.0 x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
SGOT (AST)	WNL	>ULN・2.5 x ULN	>2.5・5.0 x ULN	>5.0・20.0 x ULN	>20.0 x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
SGPT (ALT)	WNL	>ULN・2.5 x ULN	>2.5・5.0 x ULN	>5.0・20.0 x ULN	>20.0 x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
BUN*	$\leq 25$	26~40	41~60	61~80	$\geq 81$	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
Cr	WNL	>ULN・1.5 x ULN	>1.5・3.0 x ULN	>3.0・6.0 x ULN	>6 x ULN	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	
その他 ( )	なし	軽症	中等症	重症	生命を脅かす	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	

\* 癌治療学会 固形がん化学療法直接判定基準による

腫瘍マーカー(腫瘍マーカーは必須ではありません。)

( )	検査値:	200 年 月 日
( )	検査値:	<input type="checkbox"/> 同上 または 200 年 月 日

コメント

JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
プロトコル番号	施設番号	姓名	入院: 外来:
J   G   O   G   2   0   4   1			
施設名:		科名:	担当医師名:
記入責任者:		記入日: 200 年 月 日	

ベースライン(治療前)における腫瘍病変(RECISTによる)

ベースラインおよびフォローアップ期間中を通じて、個々の病変の評価、記録、報告には、同じ評価法、同じ技術を用いなければならない。  
標的的病変 (Target lesion)

病変No.	部位(臓器・臓器内位置)	長径(mm)	検査方法	検査日
T1:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T2:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T3:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T4:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T5:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T6:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T7:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T8:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T9:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
T10:		[ _ _ _ ]mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> ヘリカルCT <input type="checkbox"/> MRI	200 年 月 日
全標的的病変の長径和		[ _ _ _ ]mm		

非標的的病変 (Non-target lesion) (有 無) \*\* (骨病変、髄膜病変、腹水、胸水・心膜液、皮膚/肺リンパ管症、画像診断により確認できない腹部腫瘍および嚢胞性病変)は検査法や病変の大きさによらず測定不能病変とするので注意すること。

部位	非標的的病変の有無	診断方法	検査日
A 骨( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> シンチ <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日
B 肺( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P(胸部) <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日
C 胸水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日
D 腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日
E 肝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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( )	200 年 月 日
F リンパ節( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日
G その他( )		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日
H その他( )		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日
I その他( )		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他( )	200 年 月 日

J G O G 2 0 4 1	J G O G 登録番号 施設番号	症例番号	患者イニシャル 姓 名	カルテ番号 入院: 外来:
施設名:		科名:	担当医師名:	
記入責任者:			記入日: 200 年 月 日	

**フォローアップ期間中(治療開始後)における腫瘍病変(RECISTによる)**

※ベースラインおよびフォローアップ期間中を通じて、個々の病変の評価、記録、報告には、同じ評価法、同じ技術を用いなければならない。(RECIST ガイドライン 22 から抜粋) なお、効果判定は少なくとも 2 コース毎に行い、総合効果で PR もしくは CR と判定された場合は、4 週間目以降のできるだけ早い時期に再度判定を行い confirmation すること。

**効果判定 1 回目**

標的病変の 病変 No.	検査日 200 年 月 日	非標的病変の 病変 No.	検査日 200 年 月 日	
T1:	[ ]mm	A	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T2:	[ ]mm	B	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T3:	[ ]mm	C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T4:	[ ]mm	D	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T5:	[ ]mm	E	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T6:	[ ]mm	F	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T7:	[ ]mm	G	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T8:	[ ]mm	H	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T9:	[ ]mm		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T10:	[ ]mm			
計測値(最長径)の和	[ ]mm			
標的病変の評価	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR→最長径の和が 0mm <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR→最長径の和がベースラインと比べて 30%以上減少 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD→PRには不十分、かつ PDにもならない <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD→最長径の和が治療開始後に記録された最小の最長径の和と比較して 20%以上増加	非標的病変の評価	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR→ 全てなしにチェック <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD→ 一つでもありにチェック <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD→ 一つでも明らかな増大にチェック	
総合効果 Overall Response	標的病変	非標的病変	新病変	総合効果
	CR	CR	なし	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR
	CR	non-CR/non-PD	なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR
	PR	non-PD	なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR
	SD	non-PD	なし	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD
	PD	問わない	問わない	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD
	問わない	PD	問わない	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD
問わない	問わない	あり→別 CRE に詳細を報告	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD	



プロトコル番号 J   G   O   G   2   0   4   1		JGOG登録番号 施設番号		症例番号	患者イニシャル 姓 名	カルテ番号 入院: 外来:
施設名:			科名:		担当医師名:	
記入責任者:					記入日: 200 年 月 日	

フォローアップ期間中(治療開始後)における腫瘍病変(RECISTによる)

※ベースラインおよびフォローアップ期間中を通じて、個々の病変の評価、記録、報告には、同じ評価法、同じ技術を用いなければならない。  
(RECIST ガイドライン 2.2 から抜粋) なお、効果判定は少なくとも 2 コース毎に行い、総合効果で PR もしくは CR と判定された場合は、4 週間目以降のできるだけ早い時期に再度判定を行い confirmation すること。

効果判定 2 回目

標的病変の 病変 No.	検査日 200 年 月 日	非標的病変の 病変 No.	検査日 200 年 月 日	
T1	[ _ _ _ ]mm	A	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T2	[ _ _ _ ]mm	B	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T3	[ _ _ _ ]mm	C	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T4	[ _ _ _ ]mm	D	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T5	[ _ _ _ ]mm	E	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T6	[ _ _ _ ]mm	F	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T7	[ _ _ _ ]mm	G	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T8	[ _ _ _ ]mm	H	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T9	[ _ _ _ ]mm	I	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T10	[ _ _ _ ]mm			
計測値(最長径)の和	[ _ _ _ ]mm			
標的病変の評価	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR→最長径の和が 0mm <input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR→最長径の和がベースラインと比べて 30%以上減少 <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD→PR には不十分、かつ PD にもならない <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD→最長径の和が治療開始後に記録された最小の最長径の和と比較して 20%以上増加		非標的病変の評価 <input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR→ 全てなしにチェック <input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD→ 一つでもありにチェック <input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD→ 一つでも明らかに増大にチェック	
総合効果 Overall Response	標的病変	非標的病変	新病変	総合効果
	CR	CR	なし	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR
	CR	non-CR/non-PD	なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR
	PR	non-PD	なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR
	SD	non-PD	なし	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD
	PD	問わない	問わない	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD
	問わない	PD	問わない	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD
問わない	問わない	あり(別 CRF に詳細を報告)	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD	

JGOG登録番号		患者イニシャル	カルテ番号
プロトコル番号	施設番号	姓	入院:
J   G   O   G   2   0   4   1		名	外来:
症例番号		担当医師名:	
施設名:		科名:	
記入責任者:		記入日: 200 年 月 日	

フォローアップ期間中(治療開始後)における腫瘍病変(RECISTによる)

※ベースラインおよびフォローアップ期間中を通じて、個々の病変の評価、記録、報告には、同じ評価法、同じ技術を用いなければならない。(RECISTガイドライン 2.2から抜粋) なお、効果判定は少なくとも2コース毎に行い、総合効果でPRもしくはCRと判定された場合は、4週以降のできるだけ早い時期に再度判定を行いconfirmationすること。

効果判定 〃 回目 ……3回目以降の効果判定には本用紙を複写して使用してください

標的病変の 病変 No.	検査日				非標的病変の 病変 No.	検査日			
	200	年	月	日		200	年	月	日
T1:	[	__	__	__]	A	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T2:	[	__	__	__]	B	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T3:	[	__	__	__]	C	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T4:	[	__	__	__]	D	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T5:	[	__	__	__]	E	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T6:	[	__	__	__]	F	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T7:	[	__	__	__]	G	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T8:	[	__	__	__]	H	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T9:	[	__	__	__]		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 明らかに増大	
T10:	[	__	__	__]					
計測値(最長径)の和	[	__	__	__]					
標的病変の評価	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR→最長径の和が0mm				非標的病変の 評価	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR→ 全てなしにチェック			
	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR→最長径の和がベースラインと比べて30%以上減少					<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD→ 一つでもありにチェック			
	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD→PRには不十分、かつPDにもならない					<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD→ 一つでも明らかな増大にチェック			
	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD→最長径の和が治療開始後に記録された最小の最長径の和と比較して20%以上増加								
総合効果 Overall Response	標的病変	非標的病変		新病変	総合効果				
	CR	CR		なし	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> CR				
	CR	non-CR/non-PD		なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR				
	PR	non-PD		なし	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> PR				
	SD	non-PD		なし	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> SD				
	PD	問わない		問わない	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD				
	問わない	PD		問わない	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD				
問わない	問わない		あり(別CRFに詳細を報告)	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> PD					



JGOG登録番号										患者イニシャル 姓 名		カルテ番号			
プロトコル番号				施設番号				症例番号				入院:			
J	G	O	G	2	0	4	1							外来:	
施設名:					科名:			担当医師名:							
記入責任者:								記入日: 200				年 月 日			

**最良総合効果 (Best Overall response) (RECIST による)**

※総合効果(overall response)はCR>PR>SD>PD>NEの順に「良好」とし、全コースの総合効果から以下の規準に従って最良総合効果(Best Overall Response)を判定する。

<input type="checkbox"/> CR	4週(28日)以上の間隔で連続2回以上の総合効果CRが得られた場合。
<input type="checkbox"/> PR	4週(28日)以上の間隔で連続2回以上のPR以上の総合効果(CRもしくはPR)が得られた場合。
<input type="checkbox"/> SD	最良総合効果のCRもPRも得られなかったが、2コース終了後の判定で総合効果がPDでなく、かつ総合効果がSDである場合。
<input type="checkbox"/> PD	最良総合効果がCR、PR、SDのいずれにも該当せず、総合効果がPDとなった場合
<input type="checkbox"/> NE	総合効果がすべてNEであった場合