



経過記録 22 検査 - 維持療法 維持療法8コース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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

・8コース中の最高値または最低値が最初に観察された日を記入

8 コース	8 コース治療開始前	8 コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
体温 °C	西暦 年 月 日 [ ] . [ ]	高 [ ] . [ ]	西暦 年 月 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>	[ ] [ ] [ ] [ ] × 10 <sup>4</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
T-Bil mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GOT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GPT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Na mEq/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
K mEq/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	低 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正) 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)]	[ ] [ ] [ ] [ ]	低 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
JCS	西暦 年 月 日 [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
MMT	西暦 年 月 日 上肢右 [ ] 左 [ ] 下肢右 [ ] 左 [ ]		

コメント

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

JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III



経過記録 23 検査 - 維持療法 維持療法12コース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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

・9コース中の最高値または最低値が最初に観察された日を記入

9 コース	9 コース治療開始前	9 コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
体温 °C	西暦 年 月 日 [ ] . [ ]	高 [ ] . [ ]	西暦 年 月 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>	[ ] [ ] [ ] [ ] × 10 <sup>4</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
T-Bil mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GOT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GPT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Na mEq/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
K mEq/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	低 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正) mg/dl 補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [4 - Alb濃度(g/dl)]	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
JCS	西暦 年 月 日 [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
MMT	西暦 年 月 日 上肢右 [ ] 左 [ ] 下肢右 [ ] 左 [ ]		

コメント

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



経過記録 24 検査 - 維持療法 維持療法12コース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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

・10コース中の最高値または最低値が最初に観察された日を記入

10 コース	10 コース治療開始前	10 コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
体温 °C	西暦 年 月 日 [ ] . [ ]	高 [ ] . [ ]	西暦 年 月 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>	[ ] [ ] [ ] [ ] ×10 <sup>4</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
T-Bil mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GOT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GPT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Na mEq/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
K mEq/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	低 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Ca (Alb補正) 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)]	[ ] [ ] [ ] [ ]	低 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
JCS	西暦 年 月 日 [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
MMT	西暦 年 月 日 上肢右 [ ] 左 [ ] 下肢右 [ ] 左 [ ]		

コメント \_\_\_\_\_

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



経過記録 25 検査 - 維持療法 維持療法12コース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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

・11コース中の最高値または最低値が最初に観察された日を記入

11 コース	11.コース治療開始前	11 コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
体温 °C	西暦 年 月 日 [ ] . [ ]	高 [ ] . [ ]	西暦 年 月 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>	[ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] ×10 <sup>4</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
T-Bil mg/dl	[ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GOT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
GPT IU/l	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	[ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Na mEq/l	[ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	西暦 年 月 日
K mEq/l	[ ] [ ] . [ ] [ ]	低 [ ] [ ] . [ ] [ ]	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正) 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)]	[ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	低 [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ]	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	[ ] [ ] [ ] [ ]	高 [ ] [ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
JCS	西暦 年 月 日 [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	西暦 年 月 日
MMT	西暦 年 月 日 上肢右 [ ] [ ] 左 [ ] [ ] 下肢右 [ ] [ ] 左 [ ] [ ]		

コメント

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





経過記録 27 有害事象 - 維持療法 維持療法4コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

有害事象評価 (NCI-CTC) ・各週の最悪gradeと観察された初日を記入して下さい (grade0では日付記入不要)

Table with 10 columns (grade 0-4, 1 course-4 courses) and 18 rows of adverse events including fever, skin rash, alopecia, anorexia, nausea, oral inflammation, vomiting, blood counts, infection, convulsion, speech impairment, and lung issues.

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

Table with 4 columns: 有害事象項目, grade, 初発現日, 転帰・詳細

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



経過記録 28 有害事象 - 維持療法 維持療法8コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

有害事象評価 (NCI-CTC) ・各週の最悪gradeと観察された初日を記入して下さい (grade0では日付記入不要)

Table with columns for grade (0-4) and rows for various symptoms like 発熱, 多形紅斑, 放射線皮膚炎, 食欲不振, 悪心, 口内炎/咽頭炎, 嘔吐, 血小板減少, 好中球減少, 好中球減少を伴わない感染, 痙攣発作, 言語障害, 肺肺炎/肺浸潤, 放射線壊死.

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

Table with columns: 有害事象項目, grade, 初発現日, 転帰・詳細

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



経過記録 29 有害事象 - 維持療法維持療法12コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号

記入者名:ORC記入可(自署)
西暦 年 月 日

有害事象評価 (NCI-CTC) ・各週の最悪gradeと観察された初日を記入して下さい (grade0では日付記入不要)

Table with 10 columns (grade 0-4, 9-12 courses) and 20 rows of adverse events including fever, skin reactions, appetite, nausea, oral inflammation, vomiting, blood counts, infections, convulsions, speech, lung, and radiation death.

上記項目以外のGrade3以上の非血液毒性/予期されないGrade2以上の有害事象 ..... 〇 なし 〇 あり(下記に詳細記入)

Table with 4 columns: 有害事象項目, grade, 初発現日, 転帰・詳細

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

# 腫瘍縮小効果報告 1 - 維持療法 維持療法4コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署)

西暦 年 月 日

## 維持療法 1コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して( )%縮小 / 最小長径に対して( )%増大			
標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)			

## 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
- ・非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> IR/SD 3 <input type="checkbox"/> PD 4 <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) 年 月 日

1コース後の総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE 判定日: 西暦 年 月 日

初期治療から維持療法 1コース後までの最良総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE

- \* 部位コード
- |           |           |           |           |          |            |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻  | 8-r: 右内包  | 9-r: 右小脳  | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄  |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻  | 8-l: 左内包  | 9-l: 左小脳  | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄  |

コメント

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 2 - 維持療法

維持療法4コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署) 西暦 年 月 日

維持療法 2コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

Table with columns: 部位, 長径, 検査方法, スライス厚, 検査日. Includes rows for target lesion details and effect (CR, PR, SD, PD, NE).

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
・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

Table for non-target lesions with columns: 部位名, 非標的病変の消失の有無, 診断法, 検査日. Includes a summary row for overall effect.

新病変出現の有無 □新病変なし □新病変出現(部位名) 年 月 日

2コース後の総合効果 1□CR 2□PR 3□SD 4□PD 5□NE 判定日: 西暦 年 月 日

初期治療から維持療法 2コース後までの最良総合効果 1□CR 2□PR 3□SD 4□PD 5□NE

- \* 部位コード 1-r: 右前頭葉 2-r: 右側頭葉 3-r: 右頭頂葉 4-r: 右後頭葉 5-r: 右視床 6-r: 右視床下部
7-r: 右被殻 8-r: 右内包 9-r: 右小脳 10-r: 右中脳 11-r: 右橋 12-r: 右延髄
1-l: 左前頭葉 2-l: 左側頭葉 3-l: 左頭頂葉 4-l: 左後頭葉 5-l: 左視床 6-l: 左視床下部
7-l: 左被殻 8-l: 左内包 9-l: 左小脳 10-l: 左中脳 11-l: 左橋 12-l: 左延髄

コメント

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

# 腫瘍縮小効果報告 3 - 維持療法 維持療法4コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

## 維持療法 3コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して( )%縮小 / 最小長径に対して( )%増大			
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)			

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  
 ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード)	<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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード)	<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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード)	<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"/> 他( )	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	, <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> IR/SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE (理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) \_\_\_\_\_ 年 月 日

3コース後の総合効果	, <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
初期治療から維持療法 3コース後までの最良総合効果	, <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE	

- \* 部位コード
- |           |           |           |           |          |            |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右披蓋  | 8-r: 右内包  | 9-r: 右小脳  | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄  |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左披蓋  | 8-l: 左内包  | 9-l: 左小脳  | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄  |

コメント

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

# 腫瘍縮小効果報告 4 - 維持療法 維持療法4コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

## 維持療法 4コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して( )%縮小 / 最小長径に対して( )%増大			
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)			

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  
 ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード)	<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"/> 他( )
部位名: (部位コード)	<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"/> 他( )
部位名: (部位コード)	<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"/> 他( )
全非標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> IR/SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) \_\_\_\_\_ 年 月 日

4コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

初期治療から維持療法 4コース後までの最良総合効果 CR PR SD PD NE

- \* 部位コード
- |           |           |           |           |          |            |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻  | 8-r: 右内包  | 9-r: 右小脳  | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄  |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻  | 8-l: 左内包  | 9-l: 左小脳  | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄  |

コメント

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

# 腫瘍縮小効果報告 5 - 維持療法

維持療法8コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

## 維持療法5コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して( )%縮小 / 最小長径に対して( )%増大			
標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)			

## 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
- ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 6 <input type="checkbox"/> IR/SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) \_\_\_\_\_ ) 年 月 日

5コース後の総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE 判定日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

初期治療から維持療法 5コース後までの最良総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE

- \* 部位コード
- |           |           |           |           |          |            |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻  | 8-r: 右内包  | 9-r: 右小脳  | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄  |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻  | 8-l: 左内包  | 9-l: 左小脳  | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄  |

コメント

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

# 腫瘍縮小効果報告 6 - 維持療法 維持療法8コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

## 維持療法 6コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入。縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード*)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して( )%縮小 / 最小長径に対して( )%増大			
標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由 )			

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  
 ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

部位名	非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード*)	<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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード*)	<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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード*)	<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"/> 他( )	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 5 <input type="checkbox"/> IR/SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由 )		

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) \_\_\_\_\_ ) 年 月 日

6コース後の総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE 判定日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

初期治療から維持療法 6コース後までの最良総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE

- \* 部位コード
- |           |           |           |           |          |            |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻  | 8-r: 右内包  | 9-r: 右小脳  | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄  |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻  | 8-l: 左内包  | 9-l: 左小脳  | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄  |

コメント

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

# 腫瘍縮小効果報告 7 - 維持療法 維持療法12コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

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

## 維持療法 9コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード*)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して( )%縮小 / 最小長径に対して( )%増大			
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)			

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  
 ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード*)	<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"/> 他( )
部位名: (部位コード*)	<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"/> 他( )
部位名: (部位コード*)	<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"/> 他( )
全非標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> IR/SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE (理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) \_\_\_\_\_ 年 月 日

9コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

初期治療から維持療法 9コース後までの最良総合効果 CR PR SD PD NE

- \* 部位コード
- |           |           |           |           |          |            |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻  | 8-r: 右内包  | 9-r: 右小脳  | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄  |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻  | 8-l: 左内包  | 9-l: 左小脳  | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄  |

コメント

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

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

# 腫瘍縮小効果報告 8 - 維持療法 維持療法12コース後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 男 生年月日 昭和30年10月10日  
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 \* 群 症例番号 \_\_\_\_\_

記入者名: CRC記入可(自署)  
 西暦 年 月 日

## 維持療法 12コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して( )%縮小 / 最小長径に対して( )%増大			
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)			

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  
 ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <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"/> 他( )	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> IR/SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) 年 月 日

12コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 年 月 日

初期治療から維持療法 12コース後までの最良総合効果 CR PR SD PD NE

- \* 部位コード
- |           |           |           |           |          |            |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻  | 8-r: 右内包  | 9-r: 右小脳  | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄  |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻  | 8-l: 左内包  | 9-l: 左小脳  | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄  |

コメント

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



追跡調査用紙

調査

まで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 男

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

現在の状況

- 初期治療中
維持療法中 (維持療法 コース中)
すべてのプロトコール治療終了・中止 (初期治療 コース、維持療法 コース)

増悪/再発

- 登録後、増悪/再発なし
登録後、増悪/再発不明
登録後、増悪/再発あり

前回調査までの報告

- 部位: 大脳(右) 11 前頭葉 21 側頭葉 31 頭頂葉 41 後頭葉
(左) 12 前頭葉 22 側頭葉 32 頭頂葉 42 後頭葉
小脳: 11 小脳(右) 12 小脳(左)
脳幹(右) 11 中脳 21 橋 31 延髄
(左) 12 中脳 22 橋 32 延髄
その他( )

増悪形式: 局所再発 播種 脳内の他部位における再発

増悪/再発の状況

後治療

- プロトコール治療のみ
後治療あり 化学療法
放射線療法
手術
その他

内容、開始日

放射線治療晩期合併症

最近の6ヶ月について記入 プロトコール治療中の場合は、記入不要

Table with 6 columns: grade, 0, 1, 2, 3, 4, 最悪grade. Rows include 放射線皮膚炎 and 放射線壊死の有無.

上記項目以外のGrade3以上の非血液毒性/予期されないGrade2以上の有害事象

毒性項目

grade

初発現日

転帰・詳細

転帰

生存 最終生存確認日

前回調査までの報告

死亡 死亡日

- 死因 原病死 他病死 治療関連死 その他 不明

死亡の状況

いずれの死因の場合も死亡時の状況を記入

コメント

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

JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

放治QAチェックリスト 放射線治療終了日から7日以内に放治QAセンターに送付

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 男 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:ORC記入可(自署)  
 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

送付先

〒565-0871  
 大阪府吹田市山田丘1-7 大阪大学大学院医学系研究科医用物理工学講座手島研究室(D514)内  
 効果的医療技術の確立推進臨床研究事業  
 放射線治療品質保証センター 大阪支部 宛

放射線治療担当医

氏名	
電話番号	
FAX番号	
e-mail	

- 資料送付の際には、必ず本チェックリストのコピーを施設でも保管して下さい
- 各資料には、JCOG試験番号と症例登録番号を記入して下さい

最終検討用資料

放射線治療終了日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 資料発送日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

確認項目 フィルムに焼いていない場合は、高画質のプリントアウトで可

- 病巣部を示す診断画像  
術前および術後MRIの T2-WI (and/or FLAIR image)、および造影MRIにおいて病巣を最も的確に表す画像のコピー
- 治療計画CTのコピー
- 線量分布図 (アイソセンター面を通るアキシシャル面、コロナル面、サジタル面)  
GTV<sub>primary</sub> やCTV<sub>1</sub>・CTV<sub>2</sub>およびPTV<sub>1</sub>・PTV<sub>2</sub>とリスク臓器の線量が把握できる情報として可能ならDVH
- 照射体積を示す情報  
GTV<sub>primary</sub> およびCTV<sub>1</sub>・CTV<sub>2</sub>の明示されたBEVやDRR画像など、GTV/CTV/PTVと照射野の関係を示す資料
- 照合画像  
リニアックグラムのコピー
- 放射線治療記録(照射録)のコピー  
日々の治療記録、照射方向、X線エネルギー、モニターユニット、各照射野の標的基準点に対する処方線量、照射野サイズ(横×縦)、等価正方形の一辺の長さ、出力係数(照射野係数)、治療深度、TMR/TAR、ウェッジ係数、その他の係数が記載された原資料のコピー

コメント

資料送付に関するご質問は、  
 「放射線治療研究事務局 角美奈子 TEL:03-3542-2511、FAX:03-3542-3815、e-mail:msumi@ncc.go.jp」 までご連絡ください  
 品質保証活動へのご協力感謝いたします

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

Japan Clinical Oncology Group  
脳腫瘍研究グループ

厚生労働科学研究費補助金「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」(平成 14 年)

「悪性脳腫瘍の標準的治療の確立に関する研究」班

厚生労働省がん研究助成金指定研究 14 指-4

「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

JCOG0305

「星細胞腫 Grade3・4 に対する放射線化学療法としての ACNU 単独療法と  
Procarbazine+ACNU 併用療法とのランダム化第 II/III 相試験」

**病理中央診断 実施手順書**

Ver. 1.2

平成 16 年 9 月 10 日作成

JCOG 脳腫瘍研究グループ代表者

野村 和弘

国立がんセンター中央病院 院長

研究代表者/研究事務局

渋井 壮一郎

国立がんセンター中央病院 脳神経外科医長

病理事務局

中里 洋一 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学 教授

本案は下記の研究班の協力により作成されたものである。

厚生労働科学研究費補助金「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」(平成 14 年)

「悪性脳腫瘍の標準的治療の確立に関する研究」班

厚生労働省がん研究助成金指定研究 14 指-4

「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