

CP療法：1コース Day8
----------------

投与の延期	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(→以下より延期理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 好中球数<500/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 血小板数<75,000/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性)≥grade 3 <input type="checkbox"/> その他( )	

投与日(Day8)	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>YYYY</td> <td>MM</td> <td>DD</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2   0    </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	YYYY	MM	DD	2   0		
YYYY	MM	DD					
2   0							
前投薬 (投与したものをすべてを選択してください)	<input type="checkbox"/> デキサメタゾン <input type="checkbox"/> ラニチジン、あるいはファモチジン <input type="checkbox"/> マレイン酸クロルフェニラミン、あるいは塩酸ジフェンヒドラミン <input type="checkbox"/> その他( )						
投与レベル	Paclitaxel <input type="checkbox"/> レベル0 <input type="checkbox"/> レベル-1 <input type="checkbox"/> レベル-2						
投与量	Paclitaxel <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 15px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 15px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 15px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 15px; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table> mg/body 予定量全量が投与されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

投与レベルの変更	<input type="checkbox"/> なし(前回投与と同レベル) <input type="checkbox"/> あり(→以下より変更理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性)≥grade 2 <input type="checkbox"/> その他( )	

NCC-IDC-007	症例番号			P療法 1コース Day8	投与状況	Page.1.06 (P)

P療法 : 1コース Day8

投与の延期	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(→以下より延期理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性) ≥ grade 3	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

投与日 (Day8)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>YYYY</td> <td>MM</td> <td>DD</td> </tr> <tr> <td>2   0    </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	YYYY	MM	DD	2   0		
YYYY	MM	DD					
2   0							
前投薬 (投与したものすべてを選択してください)	<input type="checkbox"/> デキサメタゾン <input type="checkbox"/> ラニチジン、あるいはファモチジン <input type="checkbox"/> マレイン酸クロルフェニラミン、あるいは塩酸ジフェンヒドラミン <input type="checkbox"/> その他 ( )						
投与レベル	Paclitaxel <input type="checkbox"/> レベル0 <input type="checkbox"/> レベル-1 <input type="checkbox"/> レベル-2						
投与量	Paclitaxel    _____ mg/body						
	予定量全量が投与されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

投与レベルの変更	<input type="checkbox"/> なし(前回投与と同レベル) <input type="checkbox"/> あり(→以下より変更理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性) ≥ grade 2	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

NCC-IDC-007	症例番号		CP/P 療法 1 コース Day15 投与日	PS	Page.1.07

Day15 投与開始前検査(投与当日)

検査項目	検査結果	検査日		
PS(ECOG)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	2	0	
		YYYY	MM	DD

NCC-IDC-007	症例番号			CP療法 1コース Day15	臨床検査値	Page.1.08

Day15 投与開始前検査(投与当日)

血液学的検査

検査日	YYYY			MM	DD	
	2	0				
白血球数						/mm <sup>3</sup>
好中球数						/mm <sup>3</sup>
ヘモグロビン						g/dL
血小板数						× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>

**CP 療法 : 1コース Day15**

投与の延期	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり(→以下より延期理由をご選択ください)
1 <input type="checkbox"/> 好中球数<500/mm <sup>3</sup>	
2 <input type="checkbox"/> 血小板数<75,000/mm <sup>3</sup>	
3 <input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性)≥grade 3	
4 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

投与日 (Day15)	2   YYYYY   MM   DD
前投薬 (投与したものをすべてを選択してください)	1 <input type="checkbox"/> デキサメタゾン 2 <input type="checkbox"/> ラニチジン、あるいはファモチジン 3 <input type="checkbox"/> マレイン酸クロルフェニラミン、あるいは塩酸ジフェンヒドラミン 4 <input type="checkbox"/> その他 ( )
投与レベル	Paclitaxel 1 <input type="checkbox"/> レベル0 2 <input type="checkbox"/> レベル-1 3 <input type="checkbox"/> レベル-2
投与量	Paclitaxel <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> mg/body 予定量全量が投与されましたか？ 1 <input type="checkbox"/> はい 2 <input type="checkbox"/> いいえ

投与レベルの変更	1 <input type="checkbox"/> なし(前回投与と同レベル) 2 <input type="checkbox"/> あり(→以下より変更理由をご選択ください)
1 <input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性)≥grade 2	
2 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

NCC-IDC-007	症例番号		P療法 1コース Day15	投与状況	Page.1.09 (P)

**P療法：1コース Day15**

投与の延期	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(→以下より延期理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性)≥grade 3 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

投与日 (Day15)	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>YYYY</td> <td>MM</td> <td>DD</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	YYYY	MM	DD	20		
YYYY	MM	DD					
20							
前投薬 (投与したものをすべてを選択してください)	<input type="checkbox"/> デキサメタゾン <input type="checkbox"/> ラニチジン、あるいはファモチジン <input type="checkbox"/> マレイン酸クロルフェニラミン、あるいは塩酸ジフェンヒドラミン <input type="checkbox"/> その他 ( )						
投与レベル	Paclitaxel <input type="checkbox"/> レベル0 <input type="checkbox"/> レベル-1 <input type="checkbox"/> レベル-2						
投与量	Paclitaxel <u>    </u> mg/body 予定量全量が投与されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

投与レベルの変更	<input type="checkbox"/> なし(前回投与と同レベル) <input type="checkbox"/> あり(→以下より変更理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性)≥grade 2 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

NCC-IDC-007	症例番号			CP/P 療法 2コース開始前	PS・体重	Page.1.10

Day1 投与開始前検査(投与当日または前日)

検査項目	検査結果	検査日		
		YYYY	MM	DD
PS(ECOG)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	2	0	
体重	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> . <input type="text"/> kg	2	0	

治療開始後に登録時と比較して±5kgを超える体重変動が生じた場合は、投与量を再計算してください。

NCC-IDC-007	症例番号			CP/P 療法 2コース開始前	臨床検査値	Page.1.11

Day1 投与開始前検査(投与当日または前日)

血液学的検査

検査日	YYYY			MM	DD	
	2	0				
白血球数						/mm <sup>3</sup>
好中球数						/mm <sup>3</sup>
ヘモグロビン						g/dL
血小板数						× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>

生化学的検査

検査日	<input type="checkbox"/> 血液学的検査と同日 (異なる場合は記載してください⇒)	YYYY			MM	DD	
		2	0				
アルブミン**							g/dL
総ビリルビン							mg/dL
クレアチニン							mg/dL
AST(GOT)							IU/L
ALT(GPT)							IU/L
ALP							IU/L
Na							mEq/L
K							mEq/L
Ca(アルブミン補正值)**							mg/dL

\*\*血清アルブミン値が 4.0(g/dL)未満の場合

血清 Ca 補正值(mg/dL)=血清 Ca 値(mg/dL) + { 4 - 血清アルブミン値(g/dL) }











NCC-IDC-007	症例番号			CP 療法 2 コース Day8	臨床検査値	Page.1.15

Day8 投与開始前検査(投与当日)

血液学的検査

検査日	YYYY	MM	DD	
	2   0			
白血球数				/mm <sup>3</sup>
好中球数				/mm <sup>3</sup>
ヘモグロビン				g/dL
血小板数				× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>



NCC-IDC-007	症例番号			P療法 2コース Day8	投与状況	Page.1.16 (P)

**P療法 : 2コース Day8**

投与の延期	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(→以下より延期理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性) ≥ grade 3 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

投与日 (Day8)	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>YYYY</td> <td>MM</td> <td>DD</td> </tr> <tr> <td>2   0    </td> <td>   </td> <td>   </td> </tr> </table>	YYYY	MM	DD	2   0		
YYYY	MM	DD					
2   0							
前投薬 (投与したものをすべてを選択してください)	<input type="checkbox"/> デキサメタゾン <input type="checkbox"/> ラニチジン、あるいはファモチジン <input type="checkbox"/> マレイン酸クロルフェニラミン、あるいは塩酸ジフェンヒドラミン <input type="checkbox"/> その他 ( )						
投与レベル	Paclitaxel <input type="checkbox"/> レベル0 <input type="checkbox"/> レベル-1 <input type="checkbox"/> レベル-2						
投与量	Paclitaxel <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> mg/body 予定量全量が投与されましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

投与レベルの変更	<input type="checkbox"/> なし(前回投与と同レベル) <input type="checkbox"/> あり(→以下より変更理由をご選択ください)
<input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性) ≥ grade 2 <input type="checkbox"/> その他 ( )	





NCC-IDC-007	症例番号			CP 療法 2 コース Day15	臨床検査値	Page.1.18

Day15 投与開始前検査(投与当日)

血液学的検査

検査日	YYYY	MM	DD	
	2	0		
白血球数				/mm <sup>3</sup>
好中球数				/mm <sup>3</sup>
ヘモグロビン				g/dL
血小板数				× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>





NCC-IDC-007	症例番号			CP/P 療法 3コース開始前	PS・体重	Page.1.20

Day1 投与開始前検査(投与当日または前日)

検査項目	検査結果	検査日					
PS(ECOG)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	2	0				
体重	_____ . _____ kg	2	0				

治療開始後に登録時と比較して±5kgを超える体重変動が生じた場合は、投与量を再計算してください。