



NCC-IDC-007	症例番号			CP/P 療法 4 コース Day15 投与日	PS	Page.1.37

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 4 コース Day15	臨床検査値	Page.1.38

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 療法 4コース Day15	投与状況	Page.1.39 (CP)

**CP 療法 : 4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"/> 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 (Day15)	<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 <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 ( )	



有害事象  なし  あり(→以下にご記入ください【CTCAE Ver.4.0 使用】)

	事象名	プロトコール 治療への対処	当該事象に対する 治療	期間(発現日/回復日) (YYYY/MM/DD)
<b>1</b>		<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 休薬(延期) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 投与の中断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (→併用治療(Page.1.41)へ ご記入下さい)	2   0
	最悪 Grade			2   0
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
	<b>因果関係</b>	<b>重篤性</b>	<b>*コメント</b>	
	<input type="checkbox"/> なし→*(理由をコメント欄へ) <input type="checkbox"/> 疑いあり	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤		

	事象名	プロトコール 治療への対処	当該事象に対する 治療	期間(発現日/回復日) (YYYY/MM/DD)
<b>2</b>		<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 休薬(延期) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 投与の中断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (→併用治療(Page.1.41) へご記入下さい)	2   0
	最悪 Grade			2   0
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
	<b>因果関係</b>	<b>重篤性</b>	<b>*コメント</b>	
	<input type="checkbox"/> なし→*(理由をコメント欄へ) <input type="checkbox"/> 疑いあり	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤		

	事象名	プロトコール 治療への対処	当該事象に対する 治療	期間(発現日/回復日) (YYYY/MM/DD)
<b>3</b>		<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 休薬(延期) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 投与の中断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (→併用治療(Page.1.41) へご記入下さい)	2   0
	最悪 Grade			2   0
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
	<b>因果関係</b>	<b>重篤性</b>	<b>*コメント</b>	
	<input type="checkbox"/> なし→*(理由をコメント欄へ) <input type="checkbox"/> 疑いあり	<input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 重篤		

NCC-IDC-007	症例番号		CP/P療法	有害事象 (追加項)	Page.1.40 ( )

有害事象(続き)

事象名	プロトコール 治療への対処	当該事象に対する 治療	期間(発現日/回復日) (YYYY/MM/DD)
1 最悪 Grade 1 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 3 4 <input type="checkbox"/> 4	1 <input type="checkbox"/> 変更なし 2 <input type="checkbox"/> 休薬(延期) 3 <input type="checkbox"/> 減量 4 <input type="checkbox"/> 中止 5 <input type="checkbox"/> 投与の中断	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり (→併用治療(Page.1.41)へ ご記入ください)	2   0
			2   0
因果関係		重篤性	*コメント
1 <input type="checkbox"/> なし→*(理由をコメント欄へ) 2 <input type="checkbox"/> 疑いあり		1 <input type="checkbox"/> 非重篤 2 <input type="checkbox"/> 重篤	

事象名	プロトコール 治療への対処	当該事象に対する 治療	期間(発現日/回復日) (YYYY/MM/DD)
2 最悪 Grade 1 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 3 4 <input type="checkbox"/> 4	1 <input type="checkbox"/> 変更なし 2 <input type="checkbox"/> 休薬(延期) 3 <input type="checkbox"/> 減量 4 <input type="checkbox"/> 中止 5 <input type="checkbox"/> 投与の中断	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり (→併用治療(Page.1.41)へ ご記入ください)	2   0
			2   0
因果関係		重篤性	*コメント
1 <input type="checkbox"/> なし→*(理由をコメント欄へ) 2 <input type="checkbox"/> 疑いあり		1 <input type="checkbox"/> 非重篤 2 <input type="checkbox"/> 重篤	

事象名	プロトコール 治療への対処	当該事象に対する 治療	期間(発現日/回復日) (YYYY/MM/DD)
3 最悪 Grade 1 <input type="checkbox"/> 1 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 3 4 <input type="checkbox"/> 4	1 <input type="checkbox"/> 変更なし 2 <input type="checkbox"/> 休薬(延期) 3 <input type="checkbox"/> 減量 4 <input type="checkbox"/> 中止 5 <input type="checkbox"/> 投与の中断	1 <input type="checkbox"/> なし 2 <input type="checkbox"/> あり (→併用治療(Page.1.41)へ ご記入ください)	2   0
			2   0
因果関係		重篤性	*コメント
1 <input type="checkbox"/> なし→*(理由をコメント欄へ) 2 <input type="checkbox"/> 疑いあり		1 <input type="checkbox"/> 非重篤 2 <input type="checkbox"/> 重篤	

併用治療(併用薬/併用療法)     なし     あり(→以下にご記入ください)

薬剤・治療名	開始日 (YYYY/MM/DD)	終了日 (YYYY/MM/DD)	併用理由 <sup>(1)</sup>
1	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
2	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
3	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
4	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
5	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
6	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
7	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
8	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
9	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )
10	2   0                     <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2   0                     <input type="checkbox"/> 継続中	<input type="checkbox"/> AE( ) <input type="checkbox"/> 併存( ) <input type="checkbox"/> 予防( ) <input type="checkbox"/> 他( )

(1)併用理由: 【AE】=有害事象(Page.1.40)

【併存】=合併症(Page.0.03)・治験開始前より認められた自他覚症状(Page.1.00)

【予防】=予防目的, 【他】=その他

該当するものをすべて選択し、(カッコ)内に関連Pageの該当する症状/疾患名または詳細をご記入ください。



併用治療(併用薬/併用療法)(続き)

薬剤・治療名	開始日 (YYYY/MM/DD)	終了日 (YYYY/MM/DD)	併用理由 <sup>(1)</sup>
1	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
2	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
3	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
4	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
5	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
6	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
7	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
8	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
9	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )
10	2 0              1 <input type="checkbox"/> 投与開始前より	2 0              1 <input type="checkbox"/> 継続中	1 <input type="checkbox"/> AE( ) 2 <input type="checkbox"/> 併存( ) 3 <input type="checkbox"/> 予防( ) 0 <input type="checkbox"/> 他( )

(1)併用理由: 【AE】=有害事象(Page.1.40)

【併存】=合併症(Page.0.03)・治験開始前より認められた自他覚症状(Page.1.00)

【予防】=予防目的, 【他】=その他

該当するものをすべて選択し、(カッコ)内に関連Pageの該当する症状/疾患名または詳細をご記入ください。

NCC-IDC-007	症例番号			CEF 療法 1コース開始前	PS・体重	Page.2.01

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	[ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] kg	2	0	

NCC-IDC-007	症例番号			CEF 療法 1 コース開始前	臨床検査値	Page.2.02

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			CEF 療法 1 コース	投与状況	Page.2.04

CEF 療法 : 1 コース

投与日 (Day1)	<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"/> 塩酸グラニセトロン <input type="checkbox"/> その他( )						
投与レベル	レベル 0						
投与量	Epirubicin	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>mg/body</td> </tr> <tr> <td>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</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			
	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						
	Cyclophosphamide	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>mg/body</td> </tr> <tr> <td>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</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			
	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						
5-FU	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>mg/body</td> </tr> <tr> <td>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</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				
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							

NCC-IDC-007	症例番号		CEF 療法 2コース開始前	PS-体重	Page.2.05

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	

[CEF 療法1コース開始前]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			CEF 療法 2コース開始前	臨床検査値	Page.2.06

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		CEF 療法 2 コース	投与状況	Page.2.08

**CEF 療法 : 2 コース**

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<1,500/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 血小板数<100,000/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 前コースで認められた因果関係を否定できない非血液毒性(脱毛、神経障害(運動性/感覚性)、および静脈炎以外) ≥grade 2 <input type="checkbox"/> 神経障害(運動性/感覚性) ≥grade 3 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

投与日 (Day1)	<table border="1"> <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"/> 塩酸グラニセトロン <input type="checkbox"/> その他 ( )						
投与レベル	<input type="checkbox"/> レベル 0 <input type="checkbox"/> レベルー1 <input type="checkbox"/> レベルー2						
投与量	<table border="1"> <tr> <td>Epirubicin</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>mg/body</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予定量全量が投与されましたか？</td> <td><input type="checkbox"/> はい   <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> </table>	Epirubicin	<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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	Epirubicin	<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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
<table border="1"> <tr> <td>Cyclophosphamide</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>mg/body</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予定量全量が投与されましたか？</td> <td><input type="checkbox"/> はい   <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> </table>	Cyclophosphamide	<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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
Cyclophosphamide	<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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
<table border="1"> <tr> <td>5-FU</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>mg/body</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予定量全量が投与されましたか？</td> <td><input type="checkbox"/> はい   <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> </table>	5-FU	<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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5-FU	<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？		<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"/> 発熱性好中球減少 grade 3 以上 <input type="checkbox"/> 血小板数 ≤ 50,000 /mm <sup>3</sup> 、かつ皮下出血を認める <input type="checkbox"/> 血小板数 ≤ 25,000 /mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 投与予定日、または投与予定前日の血小板数 < 75,000 /mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 以下のいずれかの非血液毒性 Grade 3 ● 感染   ● 発熱(G3 以上の好中球減少なし)   ● 体重減少/増加   ● 下痢   ● 悪心   ● 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

NCC-IDC-007	症例番号			CEF 療法 3 コース開始前	PS・体重	Page.2.09

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)	1 <input type="checkbox"/> 0   2 <input type="checkbox"/> 1   3 <input type="checkbox"/> 2   4 <input type="checkbox"/> 3   5 <input type="checkbox"/> 4	YYYY	MM	DD
体重	kg	2   0		

[CEF 療法1コース開始前]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			CEF 療法 3コース開始前	臨床検査値	Page.2.10

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		CEF 療法 3コース開始前	臨床的効果判定	Page.2.11

臨床的効果判定

評価病変		
*「ベースライン評価/(Page.0.07)」をご参照の上、同番号部位の長径をご記入ください。		
部位*(長径)	病変 No.1	_____ mm
	病変 No.2	_____ mm
	病変 No.3	_____ mm
	病変 No.4	_____ mm
	病変 No.5	_____ mm
長径和		_____ mm

新病変	
出現の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(→以下に詳細をご記入下さい)
出現部位	
評価方法	<input type="checkbox"/> 触診 <input type="checkbox"/> その他( )

腫瘍縮小効果判定						
判定日	2	0	____	____	____	____
効果判定	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(→以下に理由をご記入ください)					
NEの理由						