

JCOG 0911

脳外/INTEGRA study-P2

No. \_\_\_\_\_



経過記録 2 検査 (初期治療)

初期治療完了/中止後の  
観察終了後に 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ID           12345-6789           割付群           \* 群           患者イニシャル 姓           A           名           A           登録番号           \* \* \* \*            
(カルテ番号)

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

- ・ 初期治療中に行った検査はすべて記入して下さい
- ・ 未測定項目には斜線
- ・ 維持治療開始前まで/中止後30日までのデータを記入

測定日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
体温 °C (1日の最高値)	□□.□□	□□.□□	□□.□□	□□.□□
検査日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
WBC /mm <sup>3</sup>	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
Hb g/dL	□□.□□	□□.□□	□□.□□	□□.□□
PLT /mm <sup>3</sup>	□□□□ × 10 <sup>4</sup>	□□□□ × 10 <sup>4</sup>	□□□□ × 10 <sup>4</sup>	□□□□ × 10 <sup>4</sup>
好中球数 /mm <sup>3</sup> <small>(分節核球+桿状核球)</small>	□□□□ (実数)	□□□□ (実数)	□□□□ (実数)	□□□□ (実数)
リンパ球数 /mm <sup>3</sup>	□□□□ (実数)	□□□□ (実数)	□□□□ (実数)	□□□□ (実数)
検査日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
TP g/dL	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
T-Bil mg/dL	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
AST(GOT) IU/L	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
ALT(GPT) IU/L	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
Cr mg/dL	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
Na mEq/L	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
K mEq/L	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
検査日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
CRP mg/dL	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
検査日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
JCS(3-3-9)	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
検査日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
MMT 上肢	右 □□ 左 □□	右 □□ 左 □□	右 □□ 左 □□	右 □□ 左 □□
MMT 下肢	右 □□ 左 □□	右 □□ 左 □□	右 □□ 左 □□	右 □□ 左 □□

DC 記 入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	review1( )	review2( )	( )	( )	memo	





経過記録 4 有害事象(初期治療)

初期治療完了/中止後の  
観察終了後に 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ID           12345-6789           割付群           \* 群           患者イニシャル 姓           A           名           A           登録番号           \* \* \* \*            
 (カルテ番号)

記入者名: CRC記入可(自署)  
 西暦 年 月 日

有害事象評価 (CTCAE v3.0)  
 ・最悪gradeの日付は、最悪値が観察された初日を記入 (grade0では"0"と記入。日付は記入不要)  
 ・各項目のgrade評価規準は、別紙「有害事象評価項目(CTCAE)」を参照  
 ・grade 1 以上は、因果関係についても記入 中止の場合は、中止後30日までのデータを記入  
 \* 体温の評価には、腋窩温を用いる  
 A: not related B: unlikely C: possible D: probable E: definite

週の数え方は 初期治療開始日をday1とする	照射前 grade	1 週目 (day1-day7) 最悪値と日付		G1以上 因果関係		2 週目 (day8-day14) 最悪値と日付		G1以上 因果関係		3 週目 (day15-day21) 最悪値と日付		G1以上 因果関係	
		月	日			月	日			月	日		
FL01	発熱* (G3以上の好中球減少なし)												
GI00	悪心												
GI01	食欲不振												
GI10	嘔吐												
GIM44	粘膜炎(機能/症状)-口腔												
HM10	中枢神経出血												
G3-4の好中球減少を伴う感染													
ICL05	-肺(肺炎)												
ICL17	-上気道-細分類不能												
ICO03	-創傷												
ICU01	-膀胱												
ICU03	-腎臓												
ICU09	-尿路-細分類不能												
IN30	発熱性好中球減少(≥38.5℃) [G3-4の好中球減少を伴う感染(感染巣不明)]												
G0-2の好中球減少を伴う感染													
INL05	-肺(肺炎)												
INL17	-上気道-細分類不能												
INO03	-創傷												
INU01	-膀胱												
INU03	-腎臓												
INU09	-尿路-細分類不能												
LU50	肺臓炎												

DC 記 入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	review1( )	review2( )	( )	( )	( )	memo



経過記録 5 有害事象(初期治療)

初期治療完了/中止後の  
観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×  
患者ID 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署) 西暦 年 月 日

有害事象評価 (CTCAE v3.0) ・最悪gradeの日付は、最悪値が観察された初日を記入 (grade0では"0"と記入。日付は記入不要)  
・各項目のgrade評価規準は、別紙「有害事象評価項目(CTCAE)」を参照  
・grade 1 以上は、因果関係についても記入  
・プロトコール治療中止の場合は、中止後30日までのデータを記入  
A: not related B: unlikely C: possible D: probable E: definite

週の数え方は 初期治療開始日をday1とする	照射前 grade	1 週目 (day1-day7) 最悪値と日付		G1以上 因果関係		2 週目 (day8-day14) 最悪値と日付		G1以上 因果関係		3 週目 (day15-day21) 最悪値と日付		G1以上 因果関係			
		月	日			月	日			月	日				
NR25	中枢神経虚血			月	日			月	日			月	日		
NR30	痙攣			月	日			月	日			月	日		
NR32	くも膜炎/髄膜炎/神経根炎			月	日			月	日			月	日		
NR50	神経障害:運動性			月	日			月	日			月	日		
NR52	言語障害			月	日			月	日			月	日		
NR60	神経障害:感覚性			月	日			月	日			月	日		
PAN37	疼痛-頭部/頭痛			月	日			月	日			月	日		
SK11	皮疹			月	日			月	日			月	日		
SKR72	放射線皮膚炎-化学放射線			月	日			月	日			月	日		
	脳壊死					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

上記項目以外の Grade 3 以上の有害事象 ..... なし あり (下記に詳細記入)

有害事象項目 Short name	最悪Grade	最悪 G 発現日	因果関係	転帰・詳細

コメント

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )  
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )  
review1( ) review2( ) ( ) ( ) memo



経過記録 6 有害事象(初期治療)

初期治療完了/中止後の  
観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×  
患者ID 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署)  
西暦 年 月 日

有害事象評価 (CTCAE v3.0)  
・最悪gradeの日付は、最悪値が観察された初日を記入 (grade0では"0"と記入。日付は記入不要)  
・各項目のgrade評価規準は、別紙「有害事象評価項目(CTCAE)」を参照  
・grade 1 以上は、因果関係についても記入 中止の場合は、中止後30日までのデータを記入  
\* 体温の評価には、腋窩温を用いる A: not related B: unlikely C: possible D: probable E: definite

週の数え方は 初期治療開始日をday1とする  
4 週目 (day22-da28) G1以上 因果関係  
5 週目 (day29-day35) G1以上 因果関係  
6 週目 (day36-day42) G1以上 因果関係  
7 週目 (day43-day49) G1以上 因果関係

FL01	発熱* (G3以上の好中球減少なし)	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
GI00	悪心	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
GI01	食欲不振	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
GI10	嘔吐	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
GIM44	粘膜炎(機能/症状)-口腔	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
HM10	中枢神経出血	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
G3-4の好中球減少を伴う感染											
ICL05	-肺(肺炎)	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
ICL17	-上気道-細分類不能	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
ICO03	-創傷	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
ICU01	-膀胱	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
ICU03	-腎臓	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
ICU09	-尿路-細分類不能	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
IN30	発熱性好中球減少(≥38.5℃) [G3-4の好中球減少を伴う感染(感染巣不明)]	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
G0-2の好中球減少を伴う感染											
INL05	-肺(肺炎)	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
INL17	-上気道-細分類不能	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
INO03	-創傷	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
INU01	-膀胱	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
INU03	-腎臓	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
INU09	-尿路-細分類不能	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
LU50	肺臓炎	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )  
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )  
review1( ) review2( ) ( ) ( ) memo



# 経過記録 7

有害事象(初期治療)

初期治療完了/中止後の

観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター

担当医 ○×○×

患者ID (カルテ番号) 12345-6789

割付群 \* 群

患者イニシャル 姓 A 名 A

登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署)

西暦 年 月 日

有害事象評価 (CTCAE v3.0)

- ・ 最悪gradeの日付は、最悪値が観察された初日を記入 (grade0では"0"と記入。日付は記入不要)
- ・ 各項目のgrade評価規準は、別紙「有害事象評価項目(CTCAE)」を参照
- ・ grade 1 以上は、因果関係についても記入
- ・ プロトコール治療中止の場合は、中止後30日までのデータを記入

A : not related B : unlikely C : possible D : probable E : definite

週の数え方は 初期治療開始日をday1とする	4 週目 (day22-da28) 最悪値と日付		G1以上 因果 関係	5 週目 (day29-day35) 最悪値と日付		G1以上 因果 関係	6 週目 (day36-day42) 最悪値と日付		G1以上 因果 関係	7 週目 (day43-day49) 最悪値と日付		G1以上 因果 関係
	月	日		月	日		月	日		月	日	
NR25 中枢神経虚血												
NR30 痙攣												
NR32 くも膜炎/髄膜炎/神経根炎												
NR50 神経障害:運動性												
NR52 言語障害												
NR60 神経障害:感覚性												
PAN37 疼痛-頭部/頭痛												
SK11 皮疹												
SKR72 放射線皮膚炎-化学放射線												
脳壊死	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

上記項目以外の Grade 3 以上の有害事象 .....  なし  あり (下記に詳細記入)

有害事象項目 Short name	最悪Grade	最悪 G 発現日	因果関係	転帰・詳細

コメント

DC 記入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	review1( )	review2( )	( )	( )	( )	memo



経過記録 8 有害事象(初期治療)

初期治療完了/中止後の  
観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×  
患者ID 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署)  
西暦 年 月 日

有害事象評価 (CTCAE v3.0)  
・最悪gradeの日付は、最悪値が観察された初日を記入 (grade0では"0"と記入。日付は記入不要)  
・各項目のgrade評価規準は、別紙「有害事象評価項目(CTCAE)」を参照  
・grade 1 以上は、因果関係についても記入 ・維持治療開始前まで/中止後30日までのデータを記入  
\* 体温の評価には、腋窩温を用いる A: not related B: unlikely C: possible D: probable E: definite

週の数え方は 初期治療開始日をday1とする  
8 週目 (day50-da56) 最悪値と日付 G1以上 因果関係  
9 週目 (day57-day63) 最悪値と日付 G1以上 因果関係  
10 週目 (day64-day70) 最悪値と日付 G1以上 因果関係  
11 週目 (day71-day77) 最悪値と日付 G1以上 因果関係

FL01	発熱* (G3以上の好中球減少なし)		月	日			月	日			月	日		
GI00	悪心		月	日			月	日			月	日		
GI01	食欲不振		月	日			月	日			月	日		
GI10	嘔吐		月	日			月	日			月	日		
GIM44	粘膜炎(機能/症状)-口腔		月	日			月	日			月	日		
HM10	中枢神経出血		月	日			月	日			月	日		
G3-4の好中球減少を伴う感染														
ICL05	-肺(肺炎)		月	日			月	日			月	日		
ICL17	-上気道-細分類不能		月	日			月	日			月	日		
ICO03	-創傷		月	日			月	日			月	日		
ICU01	-膀胱		月	日			月	日			月	日		
ICU03	-腎臓		月	日			月	日			月	日		
ICU09	-尿路-細分類不能		月	日			月	日			月	日		
IN30	発熱性好中球減少(≥38.5℃) [G3-4の好中球減少を伴う感染(感染巣不明)]		月	日			月	日			月	日		
G0-2の好中球減少を伴う感染														
INL05	-肺(肺炎)		月	日			月	日			月	日		
INL17	-上気道-細分類不能		月	日			月	日			月	日		
INO03	-創傷		月	日			月	日			月	日		
INU01	-膀胱		月	日			月	日			月	日		
INU03	-腎臓		月	日			月	日			月	日		
INU09	-尿路-細分類不能		月	日			月	日			月	日		
LU50	肺臓炎		月	日			月	日			月	日		

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )  
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )  
review1( ) review2( ) ( ) ( ) memo







経過記録 10 有害事象(初期治療)

初期治療完了/中止後の  
観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×

患者ID 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署) 西暦 年 月 日

有害事象評価 (CTCAE v3.0)
・最悪gradeの日付は、最悪値が観察された初日を記入 (grade0では"0"と記入。日付は記入不要)
・各項目のgrade評価規準は、別紙「有害事象評価項目(CTCAE)」を参照
・grade 1 以上は、因果関係についても記入 維持治療開始前まで/中止後30日までのデータを記入

\* 体温の評価には、腋窩温を用いる A: not related B: unlikely C: possible D: probable E: definite

週の数え方は 初期治療開始日をday1とする
12 週目 (day78-day84) G1以上 因果関係 最悪値と日付
13 週目 (day85-day91) G1以上 因果関係 最悪値と日付
14 週目 (day92-day98) G1以上 因果関係 最悪値と日付

Table with columns for weeks (12, 13, 14) and rows for adverse events (FL01, GI00, GI01, GI10, GIM44, HM10, ICL05, ICL17, ICO03, ICU01, ICU03, ICU09, IN30, INL05, INL17, INO03, INU01, INU03, INU09, LU50). Each cell contains a grid for recording date and grade.

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
review1( ) review2( ) ( ) ( ) memo



経過記録 11 有害事象(初期治療) 初期治療完了/中止後の 観察終了後に 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ID                     12345-6789                     割付群                     \* 群                     患者イニシャル 姓                     A                     名                     A                     登録番号                     \* \* \* \*                      
(カルテ番号)

記入者名: CRC記入可(自署)  
 西暦 年 月 日

有害事象評価 (CTCAE v3.0)

- ・ 最悪gradeの日付は、最悪値が観察された初日を記入 (grade0では"0"と記入。日付は記入不要)
- ・ 各項目のgrade評価規準は、別紙「有害事象評価項目(CTCAE)」を参照
- ・ grade 1 以上は、因果関係についても記入
- ・ 維持治療開始前まで/中止後30日までのデータを記入

A : not related    B : unlikely    C : possible    D : probable    E : definite

週の数え方は 初期治療開始日をday1とする	12 週目 (day78-day84) 最悪値と日付		13 週目 (day85-day91) 最悪値と日付		14 週目 (day92-day98) 最悪値と日付	
	G1以上 因果関係		G1以上 因果関係		G1以上 因果関係	
NR25 中枢神経虚血	月	日	月	日	月	日
NR30 痙攣	月	日	月	日	月	日
NR32 くも膜炎/髄膜炎/神経根炎	月	日	月	日	月	日
NR50 神経障害:運動性	月	日	月	日	月	日
NR52 言語障害	月	日	月	日	月	日
NR60 神経障害:感覚性	月	日	月	日	月	日
PAN37 疼痛-頭部/頭痛	月	日	月	日	月	日
SK11 皮疹	月	日	月	日	月	日
SKR72 放射線皮膚炎-化学放射線	月	日	月	日	月	日
脳壊死	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

上記項目以外の Grade 3 以上の有害事象 .....  なし  あり (下記に詳細記入)

有害事象項目	Short name	最悪Grade	最悪 G 発現日	因果関係	転帰・詳細

コメント

DC 記入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	review1( )	review2( )	( )	( )	( )	memo









JCOG 0911

脳外/INTEGRA study-P2



経過記録 14 治療 -A (維持治療) 6コース完了/中止後の観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×
患者ID (カルテ番号) 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

Table with 3 columns: 5 コース, 6 コース, and a shared left column for TMZ usage, skip reasons, and G-CSF. Rows include course weight, TMZ day 1-5, skip status, and G-CSF usage.

コメント

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
review1( ) review2( ) ( ) ( ) memo

JCOG 0911

脳外/INTEGRA study-P2



経過記録 15 治療 -A (維持治療) 8コース完了/中止後の観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×

患者ID (カルテ番号) 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署) 西暦 年 月 日

	7 コース	8 コース
コース前体重	kg 西暦 年 月 日	kg 西暦 年 月 日

投与日/実投与量	7 コース			8 コース			
	TMZ 用量レベル	レベル -1	レベル 0	レベル 1	レベル -1	レベル 0	レベル 1
TMZ day 1	西暦 年 月 日				西暦 年 月 日		
day 2	月 日				月 日		
day 3	月 日				月 日		
day 4	月 日				月 日		
day 5	月 日				月 日		

スキップの有無	0□ なし 1□ スキップあり	0□ なし 1□ スキップあり
スキップ理由	1□ 血液毒性( ) 2□ 非血液毒性( ) 88□ その他( )	1□ 血液毒性( ) 2□ 非血液毒性( ) 88□ その他( )
用量レベル変更の有無	0□ なし 1□ 前コースと比較して用量レベルの変更あり	0□ なし 1□ 前コースと比較して用量レベルの変更あり
用量レベル変更理由	1□ 血液毒性( ) 2□ 非血液毒性( ) 88□ その他( )	1□ 血液毒性( ) 2□ 非血液毒性( ) 88□ その他( )
延期の有無	0□ なし 1□ コース延期あり	0□ なし 1□ コース延期あり
延期理由	1□ 血液毒性( ) 2□ 非血液毒性( ) 88□ その他( )	1□ 血液毒性( ) 2□ 非血液毒性( ) 88□ その他( )

G-CSF	0□ なし 1□ 投与あり 日間	0□ なし 1□ 投与あり 日間
その他併用療法	0□ なし 1□ あり 内容	0□ なし 1□ あり 内容
その他併用療法	0□ なし 1□ あり 内容	0□ なし 1□ あり 内容

コメント

DC 記入	receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( )
	query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( )
	review1( ) review2( ) ( ) ( ) memo



JCOG 0911

脳外/INTEGRA study-P2



経過記録 16 治療 -A (維持治療) 10コース完了/中止後の  
観察終了後に 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ID (カルテ番号) 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓           A           名           A           登録番号           \*\*\*          

記入者名: CRC記入可(自署)

西暦 年 月 日

コース前体重	9 コース			10 コース		
	<u>          </u> kg	西暦 年 月 日		<u>          </u> kg	西暦 年 月 日	
投与日/実投与量						
TMZ用量レベル	<input type="checkbox"/> レベル -1	<input type="checkbox"/> レベル 0	<input type="checkbox"/> レベル 1	<input type="checkbox"/> レベル -1	<input type="checkbox"/> レベル 0	<input type="checkbox"/> レベル 1
TMZ day 1	西暦 年 月 日	<u>          </u>	mg/body	西暦 年 月 日	<u>          </u>	mg/body
day 2	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body
day 3	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body
day 4	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body
day 5	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body	<u>          </u>	<u>          </u>	mg/body
スキップの有無 スキップ理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> スキップあり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> スキップあり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )		
用量レベル変更の有無 用量レベル変更理由	注:「用量レベル」とは薬剤の投与量レベルをさす <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前コースと比較して用量レベルの変更あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前コースと比較して用量レベルの変更あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )		
延期の有無 延期理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コース延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コース延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) ) <input type="checkbox"/> その他( ) )		
G-CSF	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり <u>          </u> 日間			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり <u>          </u> 日間		
その他併用療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <u>          </u> 内容			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <u>          </u> 内容		
その他併用療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <u>          </u> 内容			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <u>          </u> 内容		

コメント

DC 記入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	review1( )	review2( )	( )	( )	memo	



経過記録 17 治療 -A (維持治療) 12コース完了/中止後の 観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×

患者ID (カルテ番号) 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署) 西暦 年 月 日

Table with columns for 11 Course and 12 Course, rows for course weight, TMZ dosage levels (day 1-5), skip status, dosage level changes, and G-CSF/other treatments.

コメント

DC 記入 receive1( ) check1( ) check2( ) input1( ) input2( ) confirm( ) query( ) receive2( ) check3( ) input3( ) confirm( ) fix( ) review1( ) review2( ) ( ) ( ) memo

JCOG 0911

脳外/INTEGRA study-P2



経過記録 18 治療 -A (維持治療)

終了/中止後の  
観察終了後に データセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×

患者ID (カルテ番号) 12345-6789 割付群 \* 群 患者イニシャル 姓 A 名 A 登録番号 \* \* \* \*

記入者名: CRC記入可(自署)

西暦 年 月 日

コース前体重	( ) コース			( ) コース		
	kg	西暦	年 月 日	kg	西暦	年 月 日
投与日/実投与量						
TMZ用量レベル	<input type="checkbox"/> レベル -1 <input type="checkbox"/> レベル 0 <input type="checkbox"/> レベル 1			<input type="checkbox"/> レベル -1 <input type="checkbox"/> レベル 0 <input type="checkbox"/> レベル 1		
TMZ day 1	西暦	年 月 日	mg/body	西暦	年 月 日	mg/body
day 2		月 日	mg/body		月 日	mg/body
day 3		月 日	mg/body		月 日	mg/body
day 4		月 日	mg/body		月 日	mg/body
day 5		月 日	mg/body		月 日	mg/body
スキップの有無 スキップ理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> スキップあり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> スキップあり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
用量レベル変更 の有無 用量レベル変更 理由	注:「用量レベル」とは薬剤の投与量レベルをさす <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前コースと比較して用量レベルの変更あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前コースと比較して用量レベルの変更あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
延期の有無 延期理由	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コース延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コース延期あり <input type="checkbox"/> 血液毒性( ) <input type="checkbox"/> 非血液毒性( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
G-CSF	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり 日間			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり 日間		
その他併用療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容		
その他併用療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容		

コメント

DC 記入	receive1( )	check1( )	check2( )	input1( )	input2( )	confirm( )
	query( )	receive2( )	check3( )	input3( )	confirm( )	fix( )
	review1( )	review2( )	( )	( )	( )	memo

