

再発危険因子を有する子宮頸部非扁平上皮癌に対する
術後補助療法としてのタキサン製剤とカルボプラチン併用
化学療法の有効性及び安全性に関する検討(第Ⅱ相試験)

症 例 調 査 票

登録番号	SGSG008/TGCU -			
施設名・科名				
担当医師	印			
登録年月日	20	年	月	日
治療開始年月日	20	年	月	日
記入年月日	20	年	月	日

本 人 同 意

文書同意取得日	20	年	月	日
---------	----	---	---	---

注)

1. 黒インクまたはボールペンで記入してください
2. 訂正はすべて二本線で行い、担当医師の署名または捺印をお願いします。また、重要項目を訂正する場合には訂正の理由と訂正年月日を記入してください。

三海婦人科癌スタディグループ/東北婦人科腫瘍研究会

SGSG/TGCU

患者背景

ID 番号：外来 (_____) 入院 (_____)		
患者イニシャル (姓) _____ (名) _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳		
妊娠回数 _____ 回	出産回数 _____ 回	閉経 _____ 歳
身長 _____ cm	体重 _____ kg	体表面積 _____ cm ²
アレルギー素因： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) 合併症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) 既往歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) がん既往歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) がん家族歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)		
臨床診断名： 子宮頸部非扁平上皮癌 FIGO 進行期： _____ 期 術後進行期： pT(____) N(____) M(____)		
組織診断名： <input type="checkbox"/> 粘液性腺癌 (<input type="checkbox"/> 内頸部型 <input type="checkbox"/> 腸型 <input type="checkbox"/> 悪性腺腫) <input type="checkbox"/> その他 (_____) 組織分化度： <input type="checkbox"/> 高分化型 <input type="checkbox"/> 中分化型 <input type="checkbox"/> 低分化型 <input type="checkbox"/> 不明 <div style="text-align: right;">組織診断確認日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日</div>		
治療開始時の PS： <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 (ECOG PS Grade 表に基づく)		
手術日： 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 術式： <input type="checkbox"/> 広汎子宮全摘術, <input type="checkbox"/> 準広汎子宮全摘術, <input type="checkbox"/> 単純子宮全摘術 <input type="checkbox"/> 右付属器摘出術, <input type="checkbox"/> 左付属器摘出術, <input type="checkbox"/> 大網切除術 (Total, Partial, Sampling), <input type="checkbox"/> 骨盤リンパ節 (郭清, Sampling) <input type="checkbox"/> PAN (郭清, Sampling), <input type="checkbox"/> その他の手技 (_____)		
術後リスク因子： <input type="checkbox"/> リンパ節転移陽性 <input type="checkbox"/> 子宮傍組織浸潤陽性		

化学療法 サマリー(1-3コース)

患者の身長 _____ cm

	1	2	3
施行日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
遅延日数	日	日	日
体重	kg	kg	kg
体表面積	m ²	m ²	m ²
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl
前投薬			
()	mg	mg	mg
()	mg	mg	mg
()	mg	mg	mg
<input type="checkbox"/> Paclitaxel	(_____ mg/m ²)	(_____ mg/m ²)	(_____ mg/m ²)
<input type="checkbox"/> Docetaxel	mg/body	mg/body	mg/body
Carboplatin	(AUC _____) mg	(AUC _____) mg	(AUC _____) mg
前コースからの減量	なし・あり	なし・あり	なし・あり
制吐剤の投与	なし・あり	なし・あり	なし・あり
その他の併用薬投与	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()
各コース後の G-CSF 総投与量	μg	μg	μg
G-CSF 投与期間	(20_ / /) ~(20_ / /)	(20_ / /) ~(20_ / /)	(20_ / /) ~(20_ / /)
備考			

化学療法時の副作用

化学療法 サマリー(4-6コース)

	4	5	6
施行日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
遅延日数	日	日	日
体重	kg	kg	kg
体表面積 m ²	m ²	m ²	m ²
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl
前投薬			
()	mg	mg	mg
()	mg	mg	mg
()	mg	mg	mg
<input type="checkbox"/> Paclitaxel	(____ mg/m ²)	(____ mg/m ²)	(____ mg/m ²)
<input type="checkbox"/> Docetaxel	mg/body	mg/body	mg/body
Carboplatin	(AUC ____) mg	(AUC ____) mg	(AUC ____) mg
前コースからの減量	なし・あり	なし・あり	なし・あり
制吐剤の投与	なし・あり	なし・あり	なし・あり
その他の併用薬投与	なし・あり ()	なし・あり ()	なし・あり ()
各コース後の G-CSF 総投与量	μg	μg	μg
G-CSF 投与期間	(20_ / /) ~(20_ / /)	(20_ / /) ~(20_ / /)	(20_ / /) ~(20_ / /)
備考			

化学療法時の副作用

化学療法毒性記録 1 コース目

投与日: 20 年 月 日	投与量 <input type="checkbox"/> Paclitaxel _____ mg, Carboplatin _____ mg <input type="checkbox"/> Docetaxel _____ mg
記入日: 20 年 月 日	G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

項目毎に各コース中の最悪値(化学療法投与直後～次コース開始直前まで)を記入する。

該当する grade を○印で囲み、grade 1 - 4 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

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 ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	WNL	<LLN - 3.0	≥ 2.0 - <3.0	≥ 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	≥ 1.5 - <2.0	≥ 1.0 - <1.5	≥ 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	≥ 50 - <75	≥ 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
クレアチニン	WNL	>ULN - 1.5 x ULN	>1.5 - 3.0 x ULN	>3.0 - 6.0 x ULN	>6.0 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
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬剤熱	蕁麻疹 $\geq 38^\circ\text{C}$ の薬剤熱 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
血管炎	なし	軽症 治療を要さない	症状があり 薬物療法を要する	ステロイドを要する	虚血性変化 又は切断術を要する	<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	摘便又は洗腸を要する 頑固な便秘	腸閉塞又は 中毒性巨大結腸症	<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	治療前に比し<4回/日の排便回数増加	治療前に比し4-6回/日の排便回数増加又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日の排便回数増加又は失禁又は脱水に対する静脈内輸液を要する	集中治療を要する病態又は循環動態の虚脱	<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静脈内輸液を要する		<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
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取量の著明な減少	静脈内輸液を要する	経管栄養又は経静脈栄養を要する	<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
嘔吐	なし	治療前に比し24時間あたり1回多い	治療前に比し24時間あたり2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い;又は静脈内輸液を要する	経静脈的栄養を要する又は集中治療を要する病態循環動態性虚脱	<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
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 静脈内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経静脈栄養 又は予防的挿管を要する	<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
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

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
関節痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛:疼痛また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
筋肉痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛:疼痛また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
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 ⁹ /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)	<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 ⁹ /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 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
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	重症 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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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

コメント欄			
	Nadir	検査日	
Hb	() g/dl	(20____/____/____)	
白血球数	()x10 ³ /mm ³	(20____/____/____)	
好中球数	()x10 ³ /mm ³	(20____/____/____)	
血小板数	()x10 ³ /mm ³	(20____/____/____)	

※血液検査結果 (Hb, 白血球数, 好中球数, 血小板数) の nadir をコメント欄に記載すること

化学療法毒性記録2コース目

投与予定日: 20 年 月 日	※投与遅延の理由はコメント欄に記入
投与日: 20 年 月 日	投与量 <input type="checkbox"/> Paclitaxel _____ mg, Carboplatin _____ mg <input type="checkbox"/> Docetaxel _____ mg
記入日: 20 年 月 日	G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

項目毎に各コース中の最悪値(化学療法投与直後～次コース開始直前まで)を記入する。

該当する grade を○印で囲み、grade 1 - 4 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

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 ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	WNL	<LLN - 3.0	≥ 2.0 - <3.0	≥ 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	≥ 1.5 - <2.0	≥ 1.0 - <1.5	≥ 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	≥ 50 - <75	≥ 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
クレアチニン	WNL	>ULN - 1.5 x ULN	>1.5 - 3.0 x ULN	>3.0 - 6.0 x ULN	>6.0 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
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬剤熱	蕁麻疹 $\geq 38^\circ\text{C}$ の薬剤熱 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
血管炎	なし	軽症 治療を要さない	症状があり 薬物療法を要する	ステロイドを要する	虚血性変化 又は切断術を要する	<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	摘便又は洗腸を要する 頑固な便秘	腸閉塞又は 中毒性巨大結腸症	<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	治療前に比し<4回/日の排便回数増加	治療前に比し4-6回/日の排便回数増加又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日の排便回数増加又は失禁又は脱水に対する静脈内輸液を要する	集中治療を要する病態又は循環動態の虚脱	<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静脈内輸液を要する		<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
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取量の著明な減少	静脈内輸液を要する	経管栄養又は経静脈栄養を要する	<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
嘔吐	なし	治療前に比し24時間あたり1回多い	治療前に比し24時間あたり2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い; 又は静脈内輸液を要する	経静脈的栄養を要する又は集中治療を要する病態循環動態性虚脱	<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
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 静脈内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経静脈栄養 又は予防的挿管を要する	<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
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

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
関節痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
筋肉痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
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 ⁹ /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)	<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 ⁹ /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 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
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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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

コメント欄			
	Nadir		検査日
Hb	()	g/dl	(20 ___/___/___)
白血球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
好中球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
血小板数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)

※血液検査結果 (Hb, 白血球数, 好中球数, 血小板数) の nadir をコメント欄に記載すること

化学療法毒性記録3コース目

投与予定日: 20 年 月 日	※投与遅延の理由はコメント欄に記入
投与日: 20 年 月 日	投与量 <input type="checkbox"/> Paclitaxel _____ mg, Carboplatin _____ mg <input type="checkbox"/> Docetaxel _____ mg
記入日: 20 年 月 日	G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

項目毎に各コース中の最悪値(化学療法投与直後～次コース開始直前まで)を記入する。

該当する grade を○印で囲み、grade 1 - 4 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

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 ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	WNL	<LLN - 3.0	≥ 2.0 - <3.0	≥ 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	≥ 1.5 - <2.0	≥ 1.0 - <1.5	≥ 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	≥ 50 - <75	≥ 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
クレアチニン	WNL	>ULN - 1.5 x ULN	>1.5 - 3.0 x ULN	>3.0 - 6.0 x ULN	>6.0 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
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬剤熱	蕁麻疹 $\geq 38^\circ\text{C}$ の薬剤熱 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
血管炎	なし	軽症 治療を要さない	症状があり 薬物療法を要する	ステロイドを要する	虚血性変化 又は切断術を要する	<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	摘便又は洗腸を要する 頑固な便秘	腸閉塞又は 中毒性巨大結腸症	<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	治療前に比し<4回/日の排便回数増加	治療前に比し4-6回/日の排便回数増加又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日の排便回数増加又は失禁又は脱水に対する静脈内輸液を要する	集中治療を要する病態又は循環動態の虚脱	<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静脈内輸液を要する		<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
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取量の著明な減少	静脈内輸液を要する	経管栄養又は経静脈栄養を要する	<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
嘔吐	なし	治療前に比し24時間あたり1回多い	治療前に比し24時間あたり2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い; 又は静脈内輸液を要する	経静脈的栄養を要する又は集中治療を要する病態循環動態性虚脱	<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
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 静脈内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経静脈栄養 又は予防的挿管を要する	<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
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

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
関節痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
筋肉痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
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 ⁹ /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)	<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 ⁹ /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 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
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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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

コメント欄			
	Nadir		検査日
Hb	()	g/dl	(20 ___/___/___)
白血球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
好中球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
血小板数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)

※血液検査結果 (Hb, 白血球数, 好中球数, 血小板数) の nadir をコメント欄に記載すること

化学療法毒性記録4コース目

投与予定日: 20 年 月 日	※投与遅延の理由はコメント欄に記入
投与日: 20 年 月 日	投与量 <input type="checkbox"/> Paclitaxel _____ mg, Carboplatin _____ mg <input type="checkbox"/> Docetaxel _____ mg
記入日: 20 年 月 日	G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

項目毎に各コース中の最悪値(化学療法投与直後～次コース開始直前まで)を記入する。

該当する grade を○印で囲み、grade 1 - 4 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

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 ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	WNL	<LLN - 3.0	≥ 2.0 - <3.0	≥ 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	≥ 1.5 - <2.0	≥ 1.0 - <1.5	≥ 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	≥ 50 - <75	≥ 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
クレアチニン	WNL	>ULN - 1.5 x ULN	>1.5 - 3.0 x ULN	>3.0 - 6.0 x ULN	>6.0 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
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬剤熱	蕁麻疹 $\geq 38^\circ\text{C}$ の薬剤熱 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
血管炎	なし	軽症 治療を要さない	症状があり 薬物療法を要する	ステロイドを要する	虚血性変化 又は切断術を要する	<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	摘便又は洗腸を要する 頑固な便秘	腸閉塞又は 中毒性巨大結腸症	<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	治療前に比し<4回/日の排便回数増加	治療前に比し4-6回/日の排便回数増加又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日の排便回数増加又は失禁又は脱水に対する静脈内輸液を要する	集中治療を要する病態又は循環動態の虚脱	<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静脈内輸液を要する		<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
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取量の著明な減少	静脈内輸液を要する	経管栄養又は経静脈栄養を要する	<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
嘔吐	なし	治療前に比し24時間あたり1回多い	治療前に比し24時間あたり2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い; 又は静脈内輸液を要する	経静脈的栄養を要する又は集中治療を要する病態循環動態性虚脱	<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
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 静脈内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経静脈栄養 又は予防的挿管を要する	<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
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

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
関節痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
筋肉痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
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 ⁹ /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)	<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 ⁹ /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 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
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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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

コメント欄			
	Nadir		検査日
Hb	()	g/dl	(20 ___/___/___)
白血球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
好中球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
血小板数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)

※血液検査結果 (Hb, 白血球数, 好中球数, 血小板数) の nadir をコメント欄に記載すること

化学療法毒性記録5コース目

投与予定日: 20 年 月 日	※投与遅延の理由はコメント欄に記入
投与日: 20 年 月 日	投与量 <input type="checkbox"/> Paclitaxel _____ mg, Carboplatin _____ mg <input type="checkbox"/> Docetaxel _____ mg
記入日: 20 年 月 日	G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

項目毎に各コース中の最悪値(化学療法投与直後～次コース開始直前まで)を記入する。

該当する grade を○印で囲み、grade 1 - 4 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

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 ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	WNL	<LLN - 3.0	≥ 2.0 - <3.0	≥ 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	≥ 1.5 - <2.0	≥ 1.0 - <1.5	≥ 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	≥ 50 - <75	≥ 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
クレアチニン	WNL	>ULN - 1.5 x ULN	>1.5 - 3.0 x ULN	>3.0 - 6.0 x ULN	>6.0 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
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬剤熱	蕁麻疹 $\geq 38^\circ\text{C}$ の薬剤熱 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
血管炎	なし	軽症 治療を要さない	症状があり 薬物療法を要する	ステロイドを要する	虚血性変化 又は切断術を要する	<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	摘便又は洗腸を要する 頑固な便秘	腸閉塞又は 中毒性巨大結腸症	<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	治療前に比し<4回/日の排便 回数増加	治療前に比し4-6回/日の排便 回数増加又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日の排便 回数増加又は失禁又は脱水に 対する静脈内輸液を要する	集中治療を要する病態又は循 環動態の虚脱	<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静脈 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
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取量の著明な減少	静脈内輸液を要する	経管栄養又は経静脈栄養を要 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
嘔吐	なし	治療前に比し24時間あたり 1回多い	治療前に比し24時間あたり 2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い;又は静脈内輸液を要 する	経静脈的栄養を要する又は集 中治療を要する病態循環動態 性虚脱	<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
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 静脈内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経静脈栄養 又は予防的挿管を要する	<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
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

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
関節痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
筋肉痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
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 ⁹ /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)	<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 ⁹ /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 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
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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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

コメント欄			
	Nadir		検査日
Hb	()	g/dl	(20 ___/___/___)
白血球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
好中球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
血小板数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)

※血液検査結果 (Hb, 白血球数, 好中球数, 血小板数) の nadir をコメント欄に記載すること

化学療法毒性記録6コース目

投与予定日: 20 年 月 日	※投与遅延の理由はコメント欄に記入
投与日: 20 年 月 日	投与量 <input type="checkbox"/> Paclitaxel _____ mg, Carboplatin _____ mg <input type="checkbox"/> Docetaxel _____ mg
記入日: 20 年 月 日	G-CSF 投与の有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

項目毎に各コース中の最悪値(化学療法投与直後～次コース開始直前まで)を記入する。

該当する grade を○印で囲み、grade 1 - 4 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

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 ($\times 10^3/\text{mm}^3$)	WNL	<LLN - 3.0	≥ 2.0 - <3.0	≥ 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	≥ 1.5 - <2.0	≥ 1.0 - <1.5	≥ 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	≥ 50 - <75	≥ 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
クレアチニン	WNL	>ULN - 1.5 x ULN	>1.5 - 3.0 x ULN	>3.0 - 6.0 x ULN	>6.0 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
アレルギー反応 過敏症	なし	一過性の発疹 <38°Cの薬剤熱	蕁麻疹 $\geq 38^\circ\text{C}$ の薬剤熱 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
血管炎	なし	軽症 治療を要さない	症状があり 薬物療法を要する	ステロイドを要する	虚血性変化 又は切断術を要する	<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	摘便又は洗腸を要する 頑固な便秘	腸閉塞又は 中毒性巨大結腸症	<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	治療前に比し<4回/日の排便回数増加	治療前に比し4-6回/日の排便回数増加又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日の排便回数増加又は失禁又は脱水に対する静脈内輸液を要する	集中治療を要する病態又は循環動態の虚脱	<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静脈内輸液を要する		<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
食欲不振	なし	食欲がない	経口摂取量の著明な減少	静脈内輸液を要する	経管栄養又は経静脈栄養を要する	<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
嘔吐	なし	治療前に比し24時間あたり1回多い	治療前に比し24時間あたり2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い; 又は静脈内輸液を要する	経静脈的栄養を要する又は集中治療を要する病態循環動態性虚脱	<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
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 静脈内輸液を要する	重症の潰瘍 経管栄養、経静脈栄養 又は予防的挿管を要する	<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
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

項目	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	因果関係の有無
関節痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
筋肉痛	なし	軽度の疼痛 機能障害なし	中等度の疼痛・疼痛また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
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 ⁹ /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)	<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 ⁹ /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 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
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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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 ()	grade 0	grade 1	grade 2	grade 3	grade 4	<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

コメント欄			
	Nadir		検査日
Hb	()	g/dl	(20 ___/___/___)
白血球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
好中球数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)
血小板数	()	x10 ³ /mm ³	(20 ___/___/___)

※血液検査結果 (Hb, 白血球数, 好中球数, 血小板数) の nadir をコメント欄に記載すること

フォローアップ報告用紙（6ヶ月後）

最終予後確認日	20__年__月__日		
フォローアップ状況	フォローアップ中・不明・その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 再発なし	再発確認日	20__年__月__日	
再発部位：	再発確認方法	<input type="checkbox"/> CT, <input type="checkbox"/> MRI, <input type="checkbox"/> その他（ ）	
転帰	1-1. 無病生存 1-2. 担癌生存	2. 死亡（ <input type="checkbox"/> 腫瘍死 / <input type="checkbox"/> 非腫瘍死： 死亡年月日： 20__年__月__日	3. 不明

プロトコール終了後の治療

<input type="checkbox"/> 薬物療法	1. 無 2. 有	開始日	20__年__月__日	治療内容及びコメント
<input type="checkbox"/> 放射線療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 手術療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> その他	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
治療に関連した副作用：				
.....				
.....				
.....				
その他：				
.....				
.....				
.....				

フォローアップ報告用紙（12ヶ月後）

最終予後確認日	20__年__月__日		
フォローアップ状況	フォローアップ中・不明・その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 再発なし	再発確認日	20__年__月__日	
再発部位：	再発確認方法	<input type="checkbox"/> CT, <input type="checkbox"/> MRI, <input type="checkbox"/> その他（ ）	
転帰	1-1. 無病生存 1-2. 担癌生存	2. 死亡（ <input type="checkbox"/> 腫瘍死 / <input type="checkbox"/> 非腫瘍死： 死亡年月日： 20__年__月__日	3. 不明

プロトコール終了後の治療

		開始日	治療内容及びコメント	
<input type="checkbox"/> 薬物療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 放射線療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 手術療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> その他	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
治療に関連した副作用：				
.....				
.....				
.....				
その他：				
.....				
.....				
.....				

フォローアップ報告用紙（18ヶ月後）

最終予後確認日	20__年__月__日		
フォローアップ状況	フォローアップ中・不明・その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 再発なし	再発確認日	20__年__月__日	
再発部位：	再発確認方法	<input type="checkbox"/> CT, <input type="checkbox"/> MRI, <input type="checkbox"/> その他（ ）	
転帰	1-1. 無病生存 1-2. 担癌生存	2. 死亡（ <input type="checkbox"/> 腫瘍死 / <input type="checkbox"/> 非腫瘍死： 死亡年月日： 20__年__月__日	3. 不明

プロトコール終了後の治療

		開始日	治療内容及びコメント	
<input type="checkbox"/> 薬物療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 放射線療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 手術療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> その他	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
治療に関連した副作用：				
.....				
.....				
.....				
その他：				
.....				
.....				
.....				

フォローアップ報告用紙 (24ヶ月後)

最終予後確認日	20__年__月__日		
フォローアップ状況	フォローアップ中・不明・その他 ()		
<input type="checkbox"/> 再発あり <input type="checkbox"/> 再発なし	再発確認日	20__年__月__日	
再発部位：	再発確認方法	<input type="checkbox"/> CT, <input type="checkbox"/> MRI, <input type="checkbox"/> その他 ()	
転帰	1-1. 無病生存 1-2. 担癌生存	2. 死亡 (<input type="checkbox"/> 腫瘍死 / <input type="checkbox"/> 非腫瘍死 : 死亡年月日： 20__年__月__日)	3. 不明

プロトコール終了後の治療

		開始日		治療内容及びコメント
<input type="checkbox"/> 薬物療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 放射線療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> 手術療法	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
<input type="checkbox"/> その他	1. 無 2. 有		20__年__月__日	
治療に関連した副作用：				
.....				
.....				
.....				
その他：				
.....				
.....				
.....				

薬剤有害反応に関する報告書（急送報告・通常報告書）

送付先：SGSG 事務局(鳥取大学医学部産婦人科内)

Fax: 0859-38-6649, Tel:0859-38-6647

【報告日】 20__年__月__日

医療機関名		
試験担当医師名		
連絡先(e-mail または電話番号)		
患者登録番号/イニシャル	SGSG008/TGCU-	(姓) (名)

【有害事象発生日】 20__年__月__日

【報告日】 20__年__月__日

【内容】 下記項目から選択してください。

- ①：プロトコール治療中もしくは最終プロトコール治療日から 30 日以内のすべての死亡
(プロトコール治療との因果関係は問わない)
- ②：予期されない Grade 4 の非血液毒性
(NCI-CTCAE ver. 3.0 における血液・骨髄区分以外の有害事象)
- ③：最終プロトコール治療日から 31 日目以降でプロトコール治療との因果関係が否定できない死亡
(治療関連死の疑いのある死亡が該当。明らかな原病死は該当しない)
- ④：予期される Grade 4 の非血液毒性
(NCI-CTCAE ver. 3.0 における血液・骨髄区分以外の有害事象)
- ⑤：予期されない Grade 2, Grade 3 の有害事象
- ⑥：永続的または顕著な障害（再生不良性貧血，骨髄異形成症候群，二次がん等）
- ⑦：その他重大な医学的事象
(①-⑥のいずれにも該当しないが，研究代表者・研究グループで共有すべきと思われる重要な情報と判断されるもの)

【事象名】

【経過】

【薬剤との関連性】 なし 否定できない（被疑薬）

【転帰】 回復 軽快 未回復 後遺症あり 死亡 不明