

KCOG-G1101 症例登録用紙

施設名				病院	治療開始予定日	20	年	月	日
担当医名				E mail:	@				
連絡先	TEL:	-	-	(内線・PHS:)	FAX:	-		
被験者識別番号				被験者イニシャル	姓: 名:				
身長(登録14日以内)	_____ cm (小数点以下四捨五入)			体重(登録14日以内)	_____ Kg (小数点第2位以下四捨五入)				
生年月日(年齢)	19 年 月 日(歳)			文書同意取得日	20 年 月 日				

適格基準: 該当する項目にレ点を付けてください				適格	不適格			
1) 組織学的に子宮頸がん(扁平上皮癌)であることが確認できている患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
2) 臨床進行期分類(FIGO1994年)Ib期、IIa期のいずれかに該当する患者 ※術後病理診断で子宮傍組織浸潤を認めた患者含				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
3) 子宮頸がんに対し広汎子宮全摘術が行われ、術後病理診断において骨盤内リンパ節転移を認めた患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
4) 子宮頸がん術後に肉眼上の残存病変がない患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
5) 子宮頸がんに対し、手術以外の全治療のない患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
6) 登録時の年齢が20歳以上70歳以下の患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
7) 一般状態(ECOG Performance Status, PS)が0または1の患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
8) 主要臓器(骨髄、心、肝、腎など)の機能が保持されている患者(登録前14日以内)								
主要臓器機能	好中球数:	15,00/mm ³ 以上	/mm ³	検査日	20	年	月	日
	血小板数:	1,000,00/mm ³ 以上	/mm ³	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年	月 日
	ヘモグロビン:	9.0g/dL以上	g/dL	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年	月 日
	AST(GOT):	100 IU/L以下	IU/L	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年	月 日
	ALT(GPT):	100 IU/L以下	IU/L	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年	月 日
	総ビリルビン:	1.5 mg/dL以下	mg/dL	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年	月 日
	血清クレアチニン:	1.2mg/dL以下	mg/dL	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年	月 日
	Ccr(Modified Jellife式)	50mL/min以	mL/min	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年	月 日
心電図	正常または治療を要さない程度		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いい	<input type="checkbox"/> 同上 または	検査日	20	年 月 日	
9) インフォームド・コンセントのうえ自由意思により本試験参加に文書で同意が得られている患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
10) 術後6週以内に化学療法による治療の開始が見込める患者				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
除外基準: 該当する項目にレ点を付けてください				適格	不適格			
1) 病理組織学的に傍大動脈リンパ節が確認された患者 手術前に画像診断上、傍大動脈リンパ節転移が疑われた場合(CT直径10mm以上、PET/CT疑い等)は、病理組織学的に陰性が確認されていない患者は、登録不可				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
2)~4) 切除断端陰性、付属器転移、腹膜転移(子宮周辺、腸管表面など)のいずれかを認めた患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
5) 機能障害を有する運動性もしくは感覚性の神経障害を有する患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
6) アルコール過敏症を有する患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
7) 治療を要する術後感染症を有する患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
8) 重篤な合併症(心疾患、control不能な糖尿病、悪性高血圧、出血傾向等)を有する患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
9) 活動性の重複がんを有する患者(同時性重複がんおよび無病期間が5年以内の異時性重複がん。ただし局所治療により治癒すると判断されるCarcinoma in situ(上皮内癌)または粘膜内癌相当の病変は活動性重複がんに含まない)				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
10) 間質性肺炎、肺線維症のある患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
11) PTX、NDPの投与禁忌患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
12) 腸管麻痺、腸閉塞を有する患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
13) 重篤な薬物過敏症、薬物アレルギーの既往を有する患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
14) その他、担当医師が本試験を安全に実施するのに不適当と判断した患者				<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			

FAX送付先 FAX:055-989-5634

【研究事務局】

研究代表者 静岡県立静岡がんセンター 武隈宗孝
〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007番地
TEL:055-989-5222 FAX:055-989-5634
E-mail: m.takekuma@scchr.jp

平日9:30~17:00 (祝祭日、土、日曜日は受け付けない。)

※患者選択に関する問い合わせは、研究事務局にて確認する。

