

KCOG-1101 治療経過報告書 ①

施設名	科名	担当医師名
患者イニシャル (姓) (名)	登録番号	
記入責任者	記入日	
	20 年 月 日	

サイクル数	サイクル目	体重	Kg	ECOG PS	0, 1, 2
-------	-------	----	----	---------	---------

腫瘍マーカー(投与7日以内)	検査日: 20 年 月 日	SCC	_____ ng/mL
----------------	---------------	-----	-------------

薬剤	投与量	投与量変更	投与延期
PTX ( day 1 )  投与日 20 年 月 日	体表面積あたり mg/m <sup>2</sup>  → 総投与量 mg	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →ありの場合の理由 <input type="checkbox"/> 骨髄抑制 <input type="checkbox"/> PS低下 <input type="checkbox"/> Cre上昇 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 上部消化管障害 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →ありの場合の理由 <input type="checkbox"/> 骨髄抑制 <input type="checkbox"/> PS低下 <input type="checkbox"/> Cre上昇 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 上部消化管障害 <input type="checkbox"/> その他( )
CDGP ( day 1 )  投与日 20 年 月 日	体表面積あたり mg/m <sup>2</sup>  → 総投与量 mg	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →ありの場合の理由 <input type="checkbox"/> 骨髄抑制 <input type="checkbox"/> PS低下 <input type="checkbox"/> Cre上昇 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 上部消化管障害 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし →ありの場合の理由 <input type="checkbox"/> 骨髄抑制 <input type="checkbox"/> PS低下 <input type="checkbox"/> Cre上昇 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> 上部消化管障害 <input type="checkbox"/> その他( )

※「投与延期」、「投与量変更」については実施計画書7-2 術後補助化学療法の治療変更規準を確認のうえ記載してください。

※1コース目については、「投与量変更」、「投与延期」の欄の記載は不要です。

