KCOG-G1101　治療終了報告書

施設名	科名	担当医師名

患者イニシャル	登録番号
（姓）　　（名）	

記入責任者	記入日
	20　　年　　月　　日

プロトコール治療を完遂の可否　☐不可；　↓へ　　☐可：　Toxicity Assessmentへ↓

プロトコール治療の中止/終了時　CRF　　20　年　　月　　日

中止/終了理由

1）☐ 有害事象による中止

☐ 治療開始基準を満たさないためプロトコール治療継続ができなかった

☐ 減量基準を超えて投与量の変更が必要と判断された

☐ 治療変更基準以外の有害事象により担当医師が中止を必要と判断した

有害事象の内容（ 1）有害事象による中止を選択した場合、その理由を選択してください）

☐ 好中球数減少　☐ 血小板数減少　☐ PSの低下

☐ クレアチニンの増加　☐ その他

2）☐ 有害事象と関連する理由により、患者がプロトコール治療中止を申し出た

3）☐ 有害事象と関連市内理由により、患者がプロトコール治療中止を申し出た

4）☐ プロトコール治療中の死亡

5）☐ プロトコール治療開始後増悪･再発が認められ、プロトコール治療無効と判断した

6）☐ その他

☐ 登録後治療開始前の増悪

☐ プロトコール違反が判明

プロトコール違反の内容

[　　]

☐ 登録後の病理診断変更などにより不適格性が判明した

☐ 担当医師がプロトコール治療困難と判断した

判断した理由

[　　]

☐ その他

[　　]

Toxicity Assessment

下肢浮腫　stage

右下肢　☐0　☐I　☐II　☐III

左下肢　☐0　☐I　☐II　☐III

終了時における治療に関連した副作用の残存（grade2以上）の有無　☐なし　☐あり→下記へ

No.	CTC Term (CTCAE Version. 4.0)	Grade	コメント
1			
2			
3			