

KCOG-G1101 追跡調査票

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	

転機	<input type="checkbox"/> 生存	最終生存確認日	20 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 死亡	死亡日	20 年 月 日
		死因	<input type="checkbox"/> 腫瘍死(原病死) <input type="checkbox"/> 他病死 <input type="checkbox"/> プロトコール治療関連死 <input type="checkbox"/> その他(例:事故死等) ()
	<input type="checkbox"/> 不明	最終生存確認日	200 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 来院せず	<input type="checkbox"/> その他 ()	

イベント発現の有無	<input type="checkbox"/> イベント無
	<input type="checkbox"/> イベント有 → イベント発現日 200 年 月 日
	イベントの詳細 <input type="checkbox"/> 画像上のPD <input type="checkbox"/> 臨床的PD (詳細:)

後治療の有無	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 薬物療法

<コメント>

