

KCOG-G1101 治療前報告書 ②-1

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    :    治療前	検査日: 20    年            月            日
-------------------	--

下肢浮腫 stage				
右下肢	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
左下肢	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III

**血液学的所見**

	好中球減少(ANC)	ヘモグロビン減少(Hb)	血小板減少	その他(            )
Grade				
因果関係 の有無	<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	<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	<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	<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

	ビリルビン高値	AST(GOT)高値	ALT(GPT)高値	クレアチニン高値
Grade				
因果関係 の有無	<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	<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	<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	<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

	発熱性好中球減少症	ANCを伴わない感染症	G3/4のANCを伴う感染症	その他(            )
Grade	<del> </del>	<del> </del>	<del> </del>	
因果関係 の有無	<del><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</del>	<del><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</del>	<del><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</del>	<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	その他	その他	その他
Grade				
因果関係 の有無	<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	<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	<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	<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

**※国際リンパ学会によるリンパ浮腫の重症度分類**

<p>stage 0 = リンパ循環不全はあるが臨床的に症状のないもの</p> <p>stage I = タンパク濃度の比較的高い(静脈などに比較して)浮腫液の早期の貯留で、患肢挙上で改善する</p> <p>stage II = 患肢挙上のみでは腫脹は改善しない圧力性浮腫。Stage IIの後半では、組織の繊維化の程度によって圧力性か非圧力性に分けられる</p> <p>stage III = 象皮症で非圧力性、皮膚の肥厚、脂肪の沈着、疣ぜいの増殖等に皮膚変化を認める</p>
---

