OGSK\_KCOG-G1201　　**登録・適格性確認票**　　　治療開始前にFAXで送付（075-212-1265）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 　身長：　　　. cm　　体重：　　. kg

生年月日：　 西暦　　　　年　　　月　　　日　化療開始予定日：西暦　　　　年　　　月　　　日

記入責任医師名：　　　　　　　　　　　（自著）　　記入日：西暦　　　　年　　　月　　　日

①前治療歴のない子宮頸がんですか？　　　　　　　　 　　　□はい　　　□いいえ

②生検病理診断で扁平上皮癌が確認されていますか？　 　　　□はい　　　□いいえ

③臨床病期は？　　　　　　　　　　　　　　　 □Ib2期　　 □IIa期 　　□IIb期

④原発巣の最長径はいくつですか？（＞ 4.0 cm）　　　　　　　　　　　　　.　 cm

　その測定方法は？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □直接計測　　□MRI

　計測日はいつですか？（MRIは登録日前**28日以内**）　　　　 西暦　　　　年　　　月　　　日

⑤広汎子宮全摘術が可能とされる症例ですか？　　　　　　　　　□はい　　　□いいえ

⑥年齢は20歳以上、75歳未満ですか？（同意取得時点）　　　　□はい　　　□いいえ

⑦PSはいくつですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□ 0　　　 □ 1

⑧臓器機能（登録日前**14日以内**に測定）　　　　検査日

　好中球数（≧2,000 /mm3）　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　/mm3

　ヘモグロビン（≧9.0 g/dl）（輸血後の値も許容する）　　 　　　　　 　　 　　　　. 　g/dl

　血小板（≧10×104 /mm3）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　. 　×104 /mm3

　AST (GOT)（≦100 IU/l）　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　 　　　　　 IU/l

　ALT (GPT)（≦100 IU/l）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 IU/l

　総ビリルビン（≦1.5mg/dl）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　クレアチニン（≦1.5mg/dl）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

⑨ウイルス検査　　　HBs抗原　　　　　　　　　　　　　　　 □ －　　　 □ ＋

⑩安静時12誘導心電図で、正常または治療を必要としない程度の変化ですか？　　　　□はい　　　□いいえ

⑪文書で本人から同意が得られたのはいつですか？　　西暦　　　　年　　　月　　　日

⑫除外条件

　(1)　明らかな感染症を有していない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認

(2)　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）を有していない　　　　　□

(3)　活動性の重複癌を有していない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□

(4)　間質性肺炎、肺線維症を有していない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□

(5)　治療を要する体腔液貯留を有していない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□

(6)　不安定狭心症、登録前6ケ月以内の心筋梗塞既往、治療を要する重篤な不整脈などを有していない　 □

(7)　CPT-11、NDPの投与禁忌ではない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □

(8)　下痢（水様便）を有していない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □

(9)　腸管麻痺・腸閉塞を有していない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □

(10)　妊娠中、授乳中ではなく、妊娠を希望してない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

(11)　重篤な薬物過敏症、薬物アレルギーの既往を有していない　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □

(12)　担当医師等が本試験を安全に実施するのに適当と判断できる　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

研究事務局記入欄

体表面積：　　　　　 m2、　抗癌剤1回投与量：CPT-11　　　 　 mg/body　　NDP　　　 　 mg/body

登録日：西暦　　　　年　　　月　　　日、　症例登録番号：

適格　／　不適格　／　取り消し