OGSK\_KCOG-G1201　　**治療前報告用紙**

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

1. 病理組織診　 生検日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　 組織型：□扁平上皮癌　　　　　　□角化型　　□非角化型　　□特殊型　　□その他

2. 臨床病期（日産婦1997）　　□Ib2期　　□IIa期　　□IIb期

3. 標的病変（主病巣）

　　腫瘍径）　　最長径：　　　.　 cm　×　短径：　　　.　 cm

　　評価方法）　　□MRI　　□直接計測

　　評価日）　　生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

4. 臓器機能

 　　　　検査日

　好中球数　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　/mm3

　ヘモグロビン　 　 　　　　　 　　 　　　　. 　g/dl

　血小板 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　. 　×104 /mm3

　好中球数（分葉核球＋杆状核球）　　　　　　　　　　　　　　　　　　/mm3

 TP　　　　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　 　　　　. g/dl

　Alb　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　. g/dl

　AST (GOT)　　　　　 　　　　　　　　　 　　　　　 IU/l

　ALT (GPT)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 IU/l

　総ビリルビン　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　ALP　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 IU/l

　γ-GTP 　 　　　　　 IU/l

　LDH　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 IU/l

　クレアチニン　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　BUN　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　Na　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mEq/l

　K 　　. 　mEq/l

　Cl　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mEq/l

　Ca（Alb補正）　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　. 　mEq/l･mg/dl

 CRP　　　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

 SCC　　　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　. 　ng/ml

OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙A**術前化学療法　①治療記録

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

＊1コース目

　治療開始日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　CPT-11実投与量：　Day1　　　　.　　　mg/body, Day8　　　　.　　　mg/body

　NDP実投与量：　　Day1　　　　.　　　mg/body

　輸血：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　種類：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

　G-CSF投与：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　日間／コース中

　減量・休止・中止：　　□なし　　□減量　　□休止

　　　　　その理由：　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　開始遅延：　　□なし　　□遅延あり

　　　その理由：　　　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊2コース目

　治療開始日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　CPT-11実投与量：　Day1　　　　.　　　mg/body, Day8　　　　.　　　mg/body

　NDP実投与量：　　Day1　　　　.　　　mg/body

　輸血：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　種類：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

　G-CSF投与：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　日間／コース中

　減量・休止・中止：　　□なし　　□減量　　□休止

　　　　　その理由：　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　開始遅延：　　□なし　　□遅延あり

　　　その理由：　　　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**術前化学療法2コース終了時の状況**

　　　2コースまでの最終投与日：　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　化学療法中止の場合、中止判定日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　化学療法中の主な理由：

OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙A**術前化学療法　②検査（1コース）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

＊1コース目



OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙A**術前化学療法　③検査（2コース）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

＊2コース目



OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙A**術前化学療法　④毒性評価

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

毒性評価：　各コースの最悪グレードと観察された初日の日付を記入して下さい。（グレード0は日付不要）



上記以外のGrade 3以上の毒性／予期されないGrade 2の毒性：　　　□なし　　□あり（下記に詳細記入）



OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙A**術前化学療法　⑤腫瘍縮小効果

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

**2コース終了後　効果判定**

1. 標的病変（主病巣）

　　腫瘍径）　　最長径：　　　.　 cm　×　短径：　　　.　 cm

　　評価方法）　　□MRI　　□直接計測

　　評価日）　　生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　　長径の縮小率：　　　　　　%

　　標的病変の効果：　　□CR　　□PR　　□SD　　□PD　　□NE

2. SCC

　　SCC：　　　　　ng/ml　　　測定日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　　□施設基準値を超える　　□施設基準値以下

　　非標的病変の効果：　　□CR　　□PR　　□SD　　□PD　　□NE

3. 新病変出現の有無

　　□新病変なし　　□新病変出現（部位名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊2コース終了後の総合評価

　　□CR　　□PR　　□SD　　□PD　　□NE　　　判定日：西暦　　　　年　　　月　　　日

OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙A**術前化学療法　⑥術前記録

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

 　　　　検査日

　好中球数　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　/mm3

　ヘモグロビン　 　 　　　　　 　　 　　　　. 　g/dl

　血小板 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　. 　×104 /mm3

　好中球数（分葉核球＋杆状核球）　　　　　　　　　　　　　　　　　　/mm3

 TP　　　　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　 　　　　. g/dl

　Alb　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　. g/dl

　AST (GOT)　　　　　 　　　　　　　　　 　　　　　 IU/l

　ALT (GPT)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 IU/l

　総ビリルビン　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　ALP　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 IU/l

　γ-GTP 　 　　　　　 IU/l

　LDH　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 IU/l

　クレアチニン　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　BUN　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　Na　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mEq/l

　K 　　. 　mEq/l

　Cl　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. 　mEq/l

　Ca（Alb補正）　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　. 　mEq/l･mg/dl

 CRP　　　　　　　　　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　. 　mg/dl

　術前PS　　　　　　□0　　　　□1　　　　□2　　　　□3　　　　□4

 OGSK\_KCOG-G1201　　**手術所見記録用紙**

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

**全手術例（非切除例含む）**

1. 手術日：　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

2. 術式：　　　　　　□広汎子宮全摘術　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3. リンパ節切除： 傍大動脈リンパ節（#326）　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

　　　　　　　　　　 総腸骨リンパ節（#413）　　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

 外腸骨リンパ節（#403）　　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

 鼠径上リンパ節（#401）　　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

 内腸骨リンパ節（#411）　　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

 閉鎖リンパ節（#410）　　　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

 仙骨リンパ節（#412）　　　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

 基靱帯リンパ節（#405）　　　　□郭清せず　　□郭清　　□サンプリング

4. 切除範囲：

　　基靱帯　　右：　　□分離切断（広汎）　　□全摘（超広汎）　　□非分離切断（準広汎）　　□切除せず

　　　　　　　左：　　□分離切断（広汎）　　□全摘（超広汎）　　□非分離切断（準広汎）　　□切除せず

　　腟　　　　　　　　□膣切除（　　　.　　cm）　　□切除せず

　　自律神経　　　　　□温存　　　□非温存　　　　　　　　　□浸潤あり　　□浸潤なし

5. 術中肉眼所見：　　 □残存腫瘍無し　　　□残存腫瘍あり　　　□不明

6. 手術時間：　　　　　　　　　　時間　　　　　分

7. 術中出血量：　　　　　　　　　ml

8. 術中の輸血：　　　　他家輸血　　　□なし　　　□あり（　　　　単位）

　　　　　　　　　　　 自己血輸血　　□なし　　　□あり（　　　　ml）

9. 術中の合併症：　　　□なし　　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

10. コメント

 OGSK\_KCOG-G1201　　**術後記録用紙A**（術当日～術後1カ月）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

1. 術後の初回退院日：　　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　□退院していない

2. 術後の輸血（術後1カ月まで）：

　　赤血球輸血：　他家輸血　　　□なし　　　□あり（　　　　単位）

　　　　　　　　　自己血輸血　　□なし　　　□あり（　　　　ml）

　　血小板輸血：　□なし　　　□あり（　　　　単位）

3. 再手術：　　　□なし　　　□あり　　　　　　　　　手術日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　内容

**術後合併症**（術後1カ月に認められた合併症）

1. 皮膚縫合不全　　　　　　　　　　　　 □なし　　　□あり

2. 肺炎　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし　　　□あり

3. 腸閉塞　　　　　　　　　　　　　　　 □なし　　　□あり

4. 術後出血（外科的処置を要するもの）　 □なし　　　□あり

5. リンパ嚢胞　　　　　　　　　　　　　 □なし　　　□あり



術後合併症に関する詳細

 OGSK\_KCOG-G1201　　**病理所見記録用紙**

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

1. 病理診断：　　　　　　□扁平上皮癌　　　　　　□角化型　　□非角化型　　□特殊型　　□その他

　　　　　　　　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2. 肉眼的腫瘍径（固定後）：　　　　　.　 cm　×　　　　.　 cm

3. pTNM術後分類：　　ypT( ) N( ) M( )

4. リンパ節転移：



　　　　　　　　総転移個数：（　　　　　　）、　総検索個数：（　　　　　　）

5. 原発巣の筋層浸潤：　　□1/3未満　　　□1/3以上、2/3未満　　　□2/3以上　　　□不明

6. 子宮傍組織への浸潤（癌の子宮外直接進展）：　　□なし　　　□あり　　　□不明

7. 腫瘍から腟断端までの距離：　　　　.　 cm　（切除断端陽性の場合は、0 cmと記入すること）

8. コメント：

OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙B**術後化学療法　①治療記録

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

＊3コース目（術後1コース目）

　治療開始日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　CPT-11実投与量：　Day1　　　　.　　　mg/body, Day8　　　　.　　　mg/body

　NDP実投与量：　　Day1　　　　.　　　mg/body

　輸血：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　種類：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

　G-CSF投与：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　日間／コース中

　減量・休止・中止：　　□なし　　□減量　　□休止

　　　　　その理由：　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　開始遅延：　　□なし　　□遅延あり

　　　その理由：　　　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊4コース目（術後2コース目）

　治療開始日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　CPT-11実投与量：　Day1　　　　.　　　mg/body, Day8　　　　.　　　mg/body

　NDP実投与量：　　Day1　　　　.　　　mg/body

　輸血：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　種類：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

　G-CSF投与：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　日間／コース中

　減量・休止・中止：　　□なし　　□減量　　□休止

　　　　　その理由：　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　開始遅延：　　□なし　　□遅延あり

　　　その理由：　　　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊5コース目（術後3コース目）

　治療開始日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　CPT-11実投与量：　Day1　　　　.　　　mg/body, Day8　　　　.　　　mg/body

　NDP実投与量：　　Day1　　　　.　　　mg/body

　輸血：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　種類：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

　G-CSF投与：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　日間／コース中

　減量・休止・中止：　　□なし　　□減量　　□休止

　　　　　その理由：　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　開始遅延：　　□なし　　□遅延あり

　　　その理由：　　　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊6コース目（術後4コース目）　　□なし　　　□あり（ありの場合のみ記入）

　治療開始日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　CPT-11実投与量：　Day1　　　　.　　　mg/body, Day8　　　　.　　　mg/body

　NDP実投与量：　　Day1　　　　.　　　mg/body

　輸血：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　種類：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

　G-CSF投与：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　日間／コース中

　減量・休止・中止：　　□なし　　□減量　　□休止

　　　　　その理由：　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　開始遅延：　　□なし　　□遅延あり

　　　その理由：　　　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊7コース目（術後5コース目）　　□なし　　　□あり（ありの場合のみ記入）

　治療開始日：西暦　　　　年　　　月　　　日

　CPT-11実投与量：　Day1　　　　.　　　mg/body, Day8　　　　.　　　mg/body

　NDP実投与量：　　Day1　　　　.　　　mg/body

　輸血：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　種類：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

　G-CSF投与：　□なし　　　□あり　　　　　　　　　　日間／コース中

　減量・休止・中止：　　□なし　　□減量　　□休止

　　　　　その理由：　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　開始遅延：　　□なし　　□遅延あり

　　　その理由：　　　　□血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□非血液毒性　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**術後化学療法3～5コース終了時の状況**

　　　3～5コースまでの最終投与日：　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　化学療法中止の場合、中止判定日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　コース数設定や化学療法中の主な理由：

OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙B**術後化学療法　②検査

（術後＿＿＿コース、通算＿＿＿コース）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

＊術後＿＿＿コース目、通算＿＿＿コース目



OGSK\_KCOG-G1201　　**治療経過記録用紙B**術後化学療法　③毒性評価

（術後＿＿＿コース、通算＿＿＿コース）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

毒性評価：　当該コースの最悪グレードと観察された初日の日付を記入して下さい。（グレード0は日付不要）



上記以外のGrade 3以上の毒性／予期されないGrade 2の毒性：　　　□なし　　□あり（下記に詳細記入）



 OGSK\_KCOG-G1201　　**術後記録用紙B**（術後1カ月～1年）

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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



上記以外のGrade 3以上お毒性　　　　　　□なし　　　□あり（下記に詳細記入）



 OGSK\_KCOG-G1201　　**全治療終了報告用紙**

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

1. 術前化学療法：　　抗癌剤最終投与日　　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　通算＿＿＿コース

　　　　　　 （中止の場合）中止判定日　　西暦　　　　年　　　月　　　日

2. 手術：　　 □なし　　　　　　手術なしの理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　 □あり　　　　　　手術日　　西暦　　　　年　　　月　　　日

3. 術後化学療法：

 □なし　　　　　　手術なしの理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　□あり　　　　　　抗癌剤最終投与日　　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　通算＿＿＿コース

 　　　　　　 　　（中止の場合）中止判定日　　西暦　　　　年　　　月　　　日

**全プロトコール治療の主な中止／終了の理由**

　□　規定治療（術前化学療法＋手術＋術後化学療法）を完了

　□　原病の増悪のため､プロトコール治療中止

　　　　□　原病増悪のため、術前化学療法中止

　　　　□　原病増悪のため、手術中止

　　　　□　原病増悪のため、術後化学療法中止

　　　増悪／再発日：　　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　増悪／再発の詳細：

　□　有害事象のため、プロトコール治療中止

　　　　□　有害事象のため、術前化学療法中止

　　　　□　術前化学療法後、手術開始基準をみたさず、手術中止

　　　　□　有害事象のため、術後化学療法中止

　　　原因となった有害事象：

　□　有害事象に伴う患者拒否によりプロトコール治療中止

　　　原因となった有害事象：

　□　有害事象と関連のない患者拒否によりプロトコール治療中止

　　　　　　　　　　　詳細：

　□　プロトコール期間中の死亡　　　死亡日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　詳細：

　□　その他の理由によりプロトコール治療中止

　　　　　　　　　　　詳細：

 OGSK\_KCOG-G1201　　**追跡調査用紙**（6カ月毎）

治療終了後＿＿＿年＿＿＿カ月

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医：

患者イニシャル：姓　　　　　名　　　　　　性別：　　□女性

カルテ番号：　　　　　　　　　　　　　　 生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日

症例番号：

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

1. 増悪

　前回調査までの報告：

　□　登録後、増悪・再発なし（増悪の情報がないものを含む）

　　　　　　　　　　　　　　　　　最終増悪確認日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　□　登録後、増悪・再発あり　　　最終増悪確認日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　増悪・再発・新病変部位：　　□切除断端

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□骨盤内（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□骨盤外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　増悪・再発状況：

2. 後治療　　　　□なし　　　□あり

　　　　　　　　治療方法や開始日の詳細：

3. 転帰

　前回調査までの報告：

 □生存　　最終生存確認日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　 □死亡　　　　　　死亡日：　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　死因：　　□原病死　　□他病死　　□治療関連死　　□その他　　□不明

　　　　　　　　　死亡の状況：