

KCOG-G1904 治療前報告書 (1)

施設名: _____ 担当医氏名: _____
 被験者識別コード: _____ 患者イニシャル: (姓) _____ (名) _____
 記載者: _____ 記載日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【患者背景】

〈現病歴〉

年齢（登録時）	歳
初発診断年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
治療開始年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
病理組織結果	
TNM 分類 (UICC 第 8 版に準じる)	
再発確定日 (再発時のみ)	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
Platinum free interval*1	_____ ケ月

*1 オラパリブ内服まへのプラチナ製剤投与における PFI

〈前治療〉

手術 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	術式: _____ 年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	術式: _____ 年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

化学療法 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	レジメン 1:
	開始年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	最終投与年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	レジメン 2:
	開始年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	最終投与年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	レジメン 3:
	開始年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	最終投与年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	レジメン 4:
	開始年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	最終投与年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

KCOG-G1904 治療前報告書 (2)

〈既往歴〉

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 病名：	発症年月日：	年	月	日
	病名：	発症年月日：	年	月	日
	病名：	発症年月日：	年	月	日
	病名：	発症年月日：	年	月	日

〈合併症及びそれに対する治療〉

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 病名：	治療：
	病名：	治療：
	病名：	治療：
	病名：	治療：

〈アレルギーまたは薬剤過敏症〉

アレルギー <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 素因：
	素因：
	素因：
薬剤過敏症 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 薬剤名：
	薬剤名：
	薬剤名：

〈全身状態〉

検査年月日：西暦 年 月 日

PS(ECOG)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
----------	--

KCOG-G1904 治療前報告書 (3)

【自覺他覺症狀】

(登録前 14 日以内)

[illegible]

KCOG-G1901 治療前報告書 (4)

【臨床検査】

(登録前 14 日以内)

検査年月日:西暦

年 月 日

血液学的検査	白血球数	$\times 10^3 / \mu\text{L}$
	好中球数	(count)
	ヘモグロビン	g/dl
	血小板数	$\times 10^3 / \mu\text{L}$
生化学的検査	総ビリルビン	mg/dl
	AST(GOT)	IU/L
	ALT(GPT)	IU/L
	BUN	mg/dl
	血清クレアチニン	mg/dl
	eGFR	ml/min/1.73 m ²
	総蛋白(TP)	g/dL
	Alb	g/dL
腫瘍マーカー	CA125	U/ml

【病巣所見】

*ベースラインにおける腫瘍病変 (RESIST)

*治療期間及び追跡期間の評価には同一の方法で行う。

<標的病変>

病変 No.	部位	長径	検査方法	検査日
T1		mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	年 月 日
T2		mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	年 月 日
T3		mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	年 月 日
T4		mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	年 月 日
T5		mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	年 月 日
	全標的病変の長径和	mm		

KCOG-G1904 治療前報告書 (6)

<非標的病変>

病変	部位	検査方法	検査日
1	胸水 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> XP	年 月 日
2	腹水 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> USG	年 月 日
3	リンパ節 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> USG	年 月 日
4	脳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET	年 月 日
5	肺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> XP	年 月 日
6	肝 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> USG	年 月 日
7	骨 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> XP	年 月 日
8	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> XP <input type="checkbox"/> USG	年 月 日