

KCOG-G1904 治療経過報告書 中止時/終了時(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

リムパーザ®内服期間	_____ヶ月目
人參養栄湯内服期間	_____ヶ月目

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

【臨床検査】

		Grade (CTCAE version 5.0)
白血球数	_____ $\times 10^3/\mu\text{L}$	0・1・2・3・4
好中球数	_____ $\times 10^3/\mu\text{L}$	0・1・2・3・4
ヘモグロビン	_____ g/dl	0・1・2・3・4・5
血小板数	_____ $\times 10^3/\mu\text{L}$	0・1・2・3・4・5
Alb	_____ g/dL	0・1・2・3・4・5
総ビリルビン	_____ mg/dl	0・1・2・3・4
AST(GOT)	_____ IU/L	0・1・2・3・4
ALT(GPT)	_____ IU/L	0・1・2・3・4
血清クレアチニン	_____ mg/dl	0・1・2・3・4
Na	_____ mmol/L	0・1・2・3・4・5
K	_____ mmol/L	0・1・2・3・4・5

KCOG-G1904 治療經過報告書 中止時/終了時(2)

【自覺他覺症狀】

[illegible]

KCOG-G1904 治療経過報告書 中止時/終了時(3)

【リムパーザ®内服状況】

・終了時のリムパーザ®1 日内服量 _____mg

・終了の理由（1～4 の番号に○をつけてください）

1. 6 か月経過

2. リムパーザ内服中止（理由： _____）

3. 人參養榮湯内服継続困難（理由： _____）

4. その他（理由： _____）