

KCOG-G1904 治療効果判定報告書 (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

サイクル数	サイクル目
-------	-------

【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・部位	長径	検査方法	非標的病変	検査日	検査方法
T1	mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	1 胸水	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> XP
T2	mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	2 腹水	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> USG
T3	mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	3 リンパ節	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> USG
T4	mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	4 脳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET
T5	mm	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	5 肺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> XP
			6 肝	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> USG
			7 骨	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> XP
			8	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 明らかに増悪	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> XP

KCOG-G1904 治療効果判定報告書 (2)

標 的 病 変 の 最 長 径 の 和 mm	
標的病変の評価 <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD	非標的病変の評価 <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> Non-CR or Non-PD <input type="checkbox"/> PD
新病変の出現 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	確認日 年 月 日 部位：