

登録番号	HBPCOG 007-
------	-------------

大腸癌肝転移切除後化学療法としての
XELOX(Capecitabine+Oxaliplatin)
+ベバシズマブ療法 第Ⅱ相臨床試験
Miyagi-HBPCOG 007

調査票

施設名	
診療科名	
担当医師名	
記入日	20 年 月 日
記入日	20 年 月 日
記入日	20 年 月 日

【第 1 回提出期限】:4 コース終了後の画像評価終了後/中止後 1 ヶ月以内

(記入欄が不足する場合は、追加調査票の請求を行い記載してください)

調査票 1～23 ページをコピーして、郵送して下さい。

【第 2 回提出期限】:プロトコル治療終了後/中止後 1 ヶ月以内

(記入欄が不足する場合は、追加調査票の請求を行い記載してください)

調査票の送付方法

送付先:Miyagi-HBPCOG 事務局宛
 〒980-8574
 仙台市青葉区星陵町 1-1
 東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座
 消化器外科学分野内 Miyagi-HBPCOG 事務局
 TEL:022-717-7208

送付スケジュール

治療スケジュール	レジメン/評価	郵送
1 コース	XELOX+ペバシズマブ	
2 コース	Capecitabine+I-OHP(+ペバシズマブ)	
3 コース	Capecitabine+I-OHP(+ペバシズマブ)	
4 コース	Capecitabine+I-OHP(+ペバシズマブ)	
画像評価	腹胸部 CT/MRI	調査票の 1～23 ページ(1～4 コース)をコピーして郵送してください(画像評価終了後 1 ヶ月以内)
5 コース	Capecitabine+I-OHP(+ペバシズマブ)	
6 コース	Capecitabine+(I-OHP+ペバシズマブ)	
7 コース	Capecitabine+(I-OHP+ペバシズマブ)	
画像評価	腹胸部 CT/MRI	
8 コース	Capecitabine+(I-OHP+ペバシズマブ)	
(終了/中止)		調査票を郵送してください (プロトコル治療終了後/中止後 1 ヶ月以内)

患者背景			
施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

診断名	☐ 結腸癌(Rsを含む) ☐ 直腸癌 ☐ その他()		
病理組織型	☐ 高分化型 ☐ 中分化型 ☐ 低分化型 ☐ その他()		
P S	☐ 0 ☐ 1		
肝転移巣切除情報	【肝転移巣切除日 20 年 月 日】		
肝転移巣	個数	個	
	部位(亜区域)	☐ S1 ☐ S2 ☐ S3 ☐ S4 ☐ S5 ☐ S6 ☐ S7 ☐ S8 ☐ その他()	
	肝転移 Grade	☐ A ☐ B ☐ C ☐ 不明	
肝予備能 (ICG R15K)		%	
ポート留置	☐ あり ☐ なし		

原発巣切除情報	【原発巣切除日 20 年 月 日】		
原発巣切除施設	☐ 自施設 ☐ 他施設 (施設名:)		
壁深達度	☐ SM ☐ MP ☐ SS(A) ☐ SE ☐ SI(AI) ☐ 不明		
リンパ節転移	☐ N0 ☐ N1 ☐ N2 ☐ N3 ☐ NX		
到達法	☐ 開腹 ☐ 腹腔鏡 ☐ その他()		
出血量		ml	
リンパ節郭清	☐ D2 ☐ D3 ☐ その他		
遺残	☐ sR0 ☐ sR1		
その他			

アレルギー歴	☐ 無 ☐ 有	有の場合、 ☐ 薬物() ☐ 食物() ☐ その他()
既往症*	☐ 無 ☐ 有	有の場合、 ☐ 消化管穿孔[☐ 胃 ☐ 十二指腸 ☐ 小腸 ☐ 結腸 ☐ 直腸 ☐ その他()] ☐ 動脈血栓症[☐ 脳梗塞 ☐ 一過性脳虚血発作 ☐ 心筋梗塞 ☐ その他()] ☐ 静脈血栓症[☐ 深部静脈血栓症 ☐ 肺塞栓症 ☐ その他()] ☐ 上記以外の既往症** ()
合併症***	☐ 無 ☐ 有	有の場合、 ☐ 蛋白尿 ☐ 高血圧 ☐ 腹腔内の炎症 ☐ 下血 ☐ 腹腔内の炎症:[☐ 腫瘍に関連した腹腔内の炎症 ☐ 憩室炎 ☐ その他()] ☐ 胃・十二指腸潰瘍等:[☐ 胃潰瘍 ☐ 十二指腸潰瘍 ☐ その他()] 上記以外の合併症 ☐ 糖尿病 ☐ 動脈硬化症 ☐ 高脂血症 ☐ その他()

*: 登録時に治癒していた疾患・症状 **: 登録前 1 年以内の既往症 ***: 登録時に治癒していない疾患・症状
【コメント】

患者背景(症例登録票)			
施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

* 症例登録票貼付け

症例登録票原本を貼り付けてください

臨床検査値 登録前 登録前 14 日以内の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
CEA*	ng/ml	20 年 月 日
CA19-9*	U/ml	
抗 p53 抗体*	U/ml	

【コメント】

化学療法経過報告 1 コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

体重		kg	体表面積		m ²
ポート留置	☐ あり ☐ なし		投与経路	☐ ポート ☐ 末梢血管	
1 コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】	
	☐ 0	L-OHP	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 1	Capecitabine	mg/body(錠)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	☐ 2	Bevacizumab	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 3				
治療継続	☐ 継続 ☐ 減量 ☐ 休薬 ☐ 延期 ☐ 中止				
変更理由	☐ 有害事象 ☐ 病勢悪化 ☐ 来院せず ☐ 転院 ☐ その他()				

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 1 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日

【コメント】

副作用情報 1 コース コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす; 緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状が ない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状が ない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態 (収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血 圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高 血圧(収縮期 血圧 140-159mmHg または拡張期 血圧 90-99mmHg); 内科的治療を 要する; 再発性 または持続性 (≥24 時間); 症状を伴う> 20mmHg(拡張 期圧)の上昇ま たは以前正常 であった場合は > 140/90mmHg への上昇; 単剤 の薬物治療を 要する	☐	ステージ 2 の高血 圧(収縮期血圧 ≥160mmHg また は拡張期血圧 ≥ 100mmHg); 内 科的治療を要す る; 2 種類以上の 薬物治療または 以前よりも強い治 療を要する	☐	生命を脅かす (例: 悪性高血圧、一 過性または恒久的な 神経障害、高血圧ク リーゼ); 緊急処置を 要する	20 年 月 日
蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白< 1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白 1.0-3.4g/24 時	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日

				間				
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVRによる処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する
出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—
下痢	☐	ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する
嘔吐	☐	24時間に1-2エピソードの嘔吐	☐	24時間に3-5エピソードの嘔吐	☐	24時間に6エピソードの嘔吐;TPNまたは入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤
【コメント】								

化学療法経過報告書 2 コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

体重	kg		体表面積	m ²	
ポート留置	☐ あり ☐ なし		投与経路	☐ ポート ☐ 末梢血管	
2 コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】	
	☐ 0	L-OHP	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 1	Capecitabine	mg/body(錠)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	☐ 2	bevacizumab	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 3				
治療継続	☐ 継続 ☐ 減量 ☐ 休薬 ☐ 延期 ☐ 中止				
変更理由	☐ 有害事象 →有害事象、Gradeを記入() ☐ 病勢悪化 ☐ 来院せず ☐ 転院 ☐ その他()				

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 2 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
CEA*	ng/ml	20 年 月 日
CA19-9*	U/ml	
抗 p53 抗体*	U/ml	

【コメント】

副作用情報 2 コース <u>コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入</u>			
施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態 (収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血 圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高 血圧(収縮期 血圧 140-159mmHg または拡張期 血圧 90-99mmHg); 内科的治療を 要する;再発性 または持続性 (≥24 時間); 症状を伴う> 20mmHg(拡張 期圧)の上昇ま たは以前正常 であった場合は > 140/90mmHg への上昇;単剤 の薬物治療を 要する	☐	ステージ 2 の高血 圧(収縮期血圧 ≥160mmHg また は拡張期血圧≥ 100mmHg);内 科的治療を要す る;2 種類以上の 薬物治療または 以前よりも強い治 療を要する	☐	生命を脅かす (例:悪性高血圧、一 過性または恒久的な 神経障害、高血圧ク リーゼ);緊急処置を 要する	20 年 月 日

蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白<1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白1.0~3.4g/24 時間	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVR による処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する	20 年 月 日
	出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—	20 年 月 日
下痢	☐	ベースラインと比べて<4 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4~6 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7 回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
嘔吐	☐	24 時間に1~2 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に3~5 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に6 エピソードの嘔吐;TPN または入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
【コメント】									

化学療法経過報告書 3コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

体重	kg		体表面積	m ²	
ポート留置	☐ あり ☐ なし		投与経路	☐ ポート ☐ 末梢血管	
3コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】	
	☐ 0	L-OHP	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 1	Capecitabine	mg/body(錠)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	☐ 2	bevacizumab	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 3				
治療継続	☐ 継続 ☐ 減量 ☐ 休薬 ☐ 延期 ☐ 中止				
変更理由	☐ 有害事象→有害事象、Gradeを記入() ☐ 病勢悪化 ☐ 来院せず ☐ 転院 ☐ その他()				

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 3 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
【コメント】		

副作用情報 3 コース コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす; 緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態 (収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血 圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高血圧(収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血 圧 90-99mmHg); 内科的治療を 要する; 再発性 または持続性 (≥24 時間); 症状を伴う> 20mmHg(拡張 期圧)の上昇ま たは以前正常 であった場合は > 140/90mmHg への上昇; 単剤 の薬物治療を 要する	☐	ステージ 2 の高血 圧(収縮期血圧 ≥160mmHg また は拡張期血圧≥ 100mmHg); 内 科的治療を要す る; 2 種類以上の 薬物治療または 以前よりも強い治 療を要する	☐	生命を脅かす (例: 悪性高血圧、一 過性または恒久的な 神経障害、高血圧ク リーゼ); 緊急処置を 要する	20 年 月 日

蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白<1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白1.0~3.4g/24 時間	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVR による処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する	20 年 月 日
	出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—	20 年 月 日
下痢	☐	ベースラインと比べて<4 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4~6 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7 回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
嘔吐	☐	24 時間に1~2 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に3~5 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に6 エピソードの嘔吐;TPN または入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日

【コメント】

化学療法経過報告書 4コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

体重	kg		体表面積	m ²	
ポート留置	☐ あり ☐ なし		投与経路	☐ ポート ☐ 末梢血管	
4コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】	
	☐ 0	L-OHP	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 1	Capecitabine	mg/body(錠)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	☐ 2	bevacizumab	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 3				
治療継続	☐ 継続 ☐ 減量 ☐ 休薬 ☐ 延期 ☐ 中止				
変更理由	☐ 有害事象→有害事象、Gradeを記入() ☐ 病勢悪化 ☐ 来院せず ☐ 転院 ☐ その他()				

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 4 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
CEA*	ng/ml	20 年 月 日
CA19-9*	U/ml	
抗 p53 抗体*	u/ml	

【コメント】

副作用情報 4 コース コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす; 緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態 (収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血 圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高血圧(収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血 圧 90-99mmHg); 内科的治療を 要する; 再発性 または持続性 (≥24 時間); 症状を伴う> 20mmHg(拡張 期圧)の上昇ま たは以前正常 であった場合は > 140/90mmHg への上昇; 単剤 の薬物治療を 要する	☐	ステージ 2 の高血 圧(収縮期血圧 ≥160mmHg また は拡張期血圧≥ 100mmHg); 内 科的治療を要す る; 2 種類以上の 薬物治療または 以前よりも強い治 療を要する	☐	生命を脅かす (例: 悪性高血圧、一 過性または恒久的な 神経障害、高血圧ク リーゼ); 緊急処置を 要する	20 年 月 日

蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白<1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白1.0~3.4g/24 時間	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVR による処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する	20 年 月 日
	出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—	20 年 月 日
下痢	☐	ベースラインと比べて<4 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4~6 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7 回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
嘔吐	☐	24 時間に1~2 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に3~5 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に6 エピソードの嘔吐;TPN または入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日

【コメント】

効果判定 4 コース終了時 4 コース終了後 14 日以内の評価を記入してください (5 コース開始前)

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

※複数の診断方法で診断した場合には、最も早い検査日とする

初回再発の有無	☐ 無	無再発確認日	20 年 月 日
	☐ 有	初回再発確認日※	20 年 月 日
		初回再発部位 （複数選択可）	☐ 肝 ☐ 肺 ☐ 腹膜 ☐ リンパ節 ☐ その他() ☐ 不明
		再発確認方法 （複数選択可）	☐ 画像診断（内視鏡検査含む） ☐ 病理学的診断 ☐ 臨床的判断 ☐ その他

再発以外のがん病変	☐ 無	確認日	20 年 月 日
	☐ 有	確認日	20 年 月 日
		種類	☐ 大腸多発癌(M 癌を除く) ☐ 重複がん 部位()

【コメント】

化学療法経過報告書 5コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

体重	kg		体表面積	m ²	
ポート留置	☐ あり ☐ なし		投与経路	☐ ポート ☐ 末梢血管	
5コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】	
	☐ 0	L-OHP	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 1	capecitabine	mg/body(錠)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	☐ 2	bevacizumab	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 3				
治療継続	☐ 継続 ☐ 減量 ☐ 休薬 ☐ 延期 ☐ 中止				
変更理由	☐ 有害事象→有害事象、Gradeを記入() ☐ 病勢悪化 ☐ 来院せず ☐ 転院 ☐ その他()				

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 5 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH		
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
【コメント】		

副作用情報 5 コース コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす; 緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態 (収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血 圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高 血圧(収縮期 血圧 140-159mmHg または拡張期 血圧 90-99mmHg); 内科的治療を 要する; 再発性 または持続性 (≥24 時間); 症状を伴う> 20mmHg(拡張 期圧)の上昇ま たは以前正常 であった場合は > 140/90mmHg への上昇; 単剤 の薬物治療を 要する	☐	ステージ 2 の高血 圧(収縮期血圧 ≥160mmHg また は拡張期血圧≥ 100mmHg); 内 科的治療を要す る; 2 種類以上の 薬物治療または 以前よりも強い治 療を要する	☐	生命を脅かす (例: 悪性高血圧、一 過性または恒久的な 神経障害、高血圧ク リーゼ); 緊急処置を 要する	20 年 月 日

蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白<1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白1.0~3.4g/24 時間	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVR による処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する	20 年 月 日
	出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—	20 年 月 日
下痢	☐	ベースラインと比べて<4 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4~6 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7 回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
嘔吐	☐	24 時間に1~2 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に3~5 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に6 エピソードの嘔吐;TPN または入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日

【コメント】

化学療法経過報告書 6 コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

記入日	20 年 月 日		
-----	----------	--	--

体重		kg		体表面積		㎡	
ポート留置		□あり □なし		投与経路		□ポート □末梢血管	
6 コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】			
	□0	L-OHP	mg/body	20	年	月	日
	□1	Capecitabine	mg/body(錠)	20	年	月	日 ~ 20 年 月 日
	□2	bevacizumab	mg/body	20 年 月 日			
	□3						
治療継続		□継続 □減量 □休薬 □延期 □中止					
変更理由		□有害事象 →有害事象、Gradeを記入() □病勢悪化 □来院せず □転院 □その他()					

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 6 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
CEA*	ng/ml	20 年 月 日
CA19-9*	U/ml	
抗 p53 抗体*	U/ml	

【コメント】

副作用情報 6 コース コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態(収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高血圧(収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血圧 90-99mmHg); 内科的治療を要する;再発性または持続性(≥24 時間); 症状を伴う>20mmHg(拡張期圧)の上昇または以前正常であった場合は>140/90mmHg への上昇;単剤の薬物治療を要する	☐	ステージ 2 の高血圧(収縮期血圧 ≥160mmHg または拡張期血圧 ≥100mmHg); 内科的治療を要する;2 種類以上の薬物治療または以前よりも強い治療を要する	☐	生命を脅かす(例:悪性高血圧、一過性または恒久的な神経障害、高血圧クリーゼ);緊急処置を要する	20 年 月 日

蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白<1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白1.0~3.4g/24 時間	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVR による処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する	20 年 月 日
	出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—	20 年 月 日
下痢	☐	ベースラインと比べて<4 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4~6 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7 回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
嘔吐	☐	24 時間に1~2 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に3~5 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に6 エピソードの嘔吐;TPN または入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
【コメント】									

化学療法経過報告書 7コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

体重	kg		体表面積	m ²	
ポート留置	☐ あり ☐ なし		投与経路	☐ ポート ☐ 末梢血管	
7コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】	
	☐ 0	L-OHP	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 1	Capecitabine	mg/body(錠)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	☐ 2	bevacizumab	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 3				
治療継続	☐ 継続 ☐ 減量 ☐ 休薬 ☐ 延期 ☐ 中止				
変更理由	☐ 有害事象→有害事象、Gradeを記入() ☐ 病勢悪化 ☐ 来院せず ☐ 転院 ☐ その他()				

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 7 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
【コメント】		

副作用情報 7 コース コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす; 緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態 (収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血 圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高 血圧(収縮期 血圧 140-159mmHg または拡張期 血圧 90-99mmHg); 内科的治療を 要する; 再発性 または持続性 (≥24 時間); 症状を伴う> 20mmHg(拡張 期圧)の上昇ま たは以前正常 であった場合は > 140/90mmHg への上昇; 単剤 の薬物治療を 要する	☐	ステージ 2 の高血 圧(収縮期血圧 ≥160mmHg また は拡張期血圧≥ 100mmHg); 内 科的治療を要す る; 2 種類以上の 薬物治療または 以前よりも強い治 療を要する	☐	生命を脅かす (例: 悪性高血圧、一 過性または恒久的な 神経障害、高血圧ク リーゼ); 緊急処置を 要する	20 年 月 日

蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白<1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白1.0~3.4g/24 時間	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVR による処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する	20 年 月 日
	出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—	20 年 月 日
下痢	☐	ベースラインと比べて<4 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4~6 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7 回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
嘔吐	☐	24 時間に1~2 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に3~5 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に6 エピソードの嘔吐;TPN または入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日

【コメント】

効果判定 7 コース終了時 7 コース終了後 14 日以内の評価を記入してください（8 コース開始前）

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

※複数の診断方法で診断した場合には、最も早い検査日とする

初回再発の有無	☐ 無	無再発確認日	20 年 月 日
	☐ 有	初回再発確認日※	20 年 月 日
		初回再発部位 （複数選択可）	☐ 肝 ☐ 肺 ☐ 腹膜 ☐ リンパ節 ☐ その他() ☐ 不明
		再発確認方法 （複数選択可）	☐ 画像診断(内視鏡検査含む) ☐ 病理学的診断 ☐ 臨床的判断 ☐ その他

[illegible]

【コメント】

化学療法経過報告書 8コース

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

体重	kg		体表面積	m ²	
ポート留置	☐ あり ☐ なし		投与経路	☐ ポート ☐ 末梢血管	
8コース	P S	【薬剤名】	【投与量】	【投与日】	
	☐ 0	L-OHP	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 1	Capecitabine	mg/body(錠)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	☐ 2	bevacizumab	mg/body	20 年 月 日	
	☐ 3				
治療継続	☐ 継続 ☐ 減量 ☐ 休薬 ☐ 延期 ☐ 中止				
変更理由	☐ 有害事象→有害事象、Gradeを記入() ☐ 病勢悪化 ☐ 来院せず ☐ 転院 ☐ その他()				

併用薬剤	薬剤名及び処置内容	使用目的	詳細及びコメント使用目的で「その他」にチェックした場合、必ず詳細を記載
併用薬剤 1	ビタミン B6 製剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 2	制吐剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 3	G-CSF ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 4	保湿剤 ☐ 有 ☐ 無 (薬剤名:)	☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 5		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 6		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 7		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 8		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 9		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	
併用薬剤 10		☐ 有害事象 ☐ 合併症 ☐ その他	

【コメント】

臨床検査値 8 コース 薬剤投与前日又は当日の検査値を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

*** 臨床検査伝票貼付け可** 以下の検査項目すべてのデータをつけてください。

《注意事項》 患者様の個人情報に抵触する部分はマスキングしてください。

*小数点第一位まで記入してください

検査項目	検査値	検査日
白血球数	/mm ³	20 年 月 日
好中球数	/mm ³	
血小板数*	× 10 ⁴ /mm ³	
ヘモグロビン*	g/dl	
総タンパク*	g/dl	20 年 月 日
アルブミン*	g/dl	
AST(GOT)	IU/l	
ALT(GPT)	IU/l	
総ビリルビン*	mg/dl	
BUN*	mg/dl	
血清クレアチニン	mg/dl	
LDH	IU/l	
Ca*	mg/dl	
Na	mEq/l	
K*	mEq/l	
CRP(定量)	mg/dl	
PT-INR		
APTT	秒	
フィブリノーゲン	mg/dl	
D-ダイマー*	μ g/ml	
蛋白尿検査	【 - ± + ++ +++ 】	20 年 月 日
血圧(収縮期/拡張期)	/	20 年 月 日
CEA*	ng/ml	20 年 月 日
CA19-9*	U/ml	
抗 p53 抗体*	U/ml	

【コメント】

副作用情報 8 コース コース内の症状の出現・悪化があれば最悪 Grade を記入

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

有害事象 ☐ 有 ☐ 無 有りの場合には該当事象に記入									
項目	Grade1		Grade2		Grade3		Grade4		観察日
白血球数 (/mm ³)	☐	<LLN-3000	☐	<3000-2000	☐	<2000-1000	☐	<1000	20 年 月 日
好中球数 (/mm ³)	☐	<LLN-1500	☐	<1500-1000	☐	<1000-500	☐	<500	20 年 月 日
血小板数 (/mm ³)	☐	<LLN-75,000	☐	<75,000- 50,000	☐	<50,000- 25,000	☐	<25,000	20 年 月 日
ヘモグロビン (g/dl)	☐	<LLN-10.0	☐	<10.0-8.0	☐	<8.0-6.5	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
AST(GOT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ALT(GPT)	☐	>ULN-3.0 × ULN	☐	AST>3.0-5.0 × ULN で症状がない	☐	>5.0-20.0 × ULN	☐	>20.0 × ULN	20 年 月 日
ビリルビン (高ビリルビン血症)	☐	>ULN-1.5 × ULN	☐	>1.5-3.0 × ULN	☐	>3.0-10.0 × ULN	☐	>10.0 × ULN	20 年 月 日
高血圧	☐	前高血圧状態 (収縮期血圧 120-139mmHg または拡張期血 圧 80-89mmHg)	☐	ステージ I の高血圧(収縮期血圧 140-159mmHg または拡張期血 圧 90-99mmHg); 内科的治療を要する;再発性または持続性(≥24 時間); 症状を伴う>20mmHg(拡張期圧)の上昇または以前正常であった場合は>140/90mmHg への上昇;単剤の薬物治療を要する	☐	ステージ 2 の高血圧(収縮期血圧 ≥ 160mmHg または拡張期血圧 ≥ 100mmHg);内科的治療を要する;2 種類以上の薬物治療または以前よりも強い治療を要する	☐	生命を脅かす (例:悪性高血圧、一過性または恒久的な神経障害、高血圧クリーゼ);緊急処置を要する	20 年 月 日

蛋白尿	☐	1 ⁺ 、尿蛋白<1.0g/24 時間	☐	2 ⁺ 、尿蛋白1.0~3.4g/24 時間	☐	尿蛋白>3.5g/24 時間	☐	—	20 年 月 日
出血	☐	軽度、治療を要さない	☐	症状があり、内科的治療を要する	☐	輸血/IVR による処置/内視鏡的処置/外科的処置を要する;放射線照射(出血部位に対する止血目的)	☐	生命を脅かす;大掛かりな緊急処置を要する	20 年 月 日
	出血部位をご記入ください:								
神経障害: 感覚性	☐	症状がない;深部腱反射の低下または知覚異常	☐	中等度の症状がある;身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	高度の症状がある;身の回りの日常生活動作の制限	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
手足症候群	☐	疼痛を伴わないわずかな皮膚の変化または皮膚炎(例:紅斑、浮腫、角質増殖症)	☐	疼痛を伴う皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回り以外の日常生活動作の制限	☐	疼痛を伴う高度の皮膚の変化(例:角層剥離、水疱、出血、浮腫、角質増殖症);身の回りの日常生活動作の制限	☐	—	20 年 月 日
下痢	☐	ベースラインと比べて<4 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて4~6 回/日の排便回数増加	☐	ベースラインと比べて7 回/日以上排便回数増加	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
嘔吐	☐	24 時間に1~2 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に3~5 エピソードの嘔吐	☐	24 時間に6 エピソードの嘔吐;TPN または入院を要する	☐	生命を脅かす;緊急処置を要する	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日
その他 ()	☐	軽度	☐	中等度	☐	高度	☐	重篤	20 年 月 日

【コメント】

効果判定 治療終了時 治療終了後 14 日以内の評価を記入してください

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

※複数の診断方法で診断した場合には、最も早い検査日とする

初回再発の有無	☐ 無	無再発確認日	20 年 月 日
	☐ 有	初回再発確認日※	20 年 月 日
		初回再発部位 (複数選択可)	☐ 肝 ☐ 肺 ☐ 腹膜 ☐ リンパ節 ☐ その他() ☐ 不明
		再発確認方法 (複数選択可)	☐ 画像診断(内視鏡検査含む) ☐ 病理学的診断 ☐ 臨床的判断 ☐ その他

再発以外のがん病変	☐ 無	確認日	20 年 月 日
	☐ 有	確認日	20 年 月 日
		種類	☐ 大腸多発癌(M 癌を除く) ☐ 重複がん 部位()

【コメント】

プロトコール治療の終了・中止

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

	終了・中止の確認日：20 年 月 日
	肝予備能 ICGR ₁₅ K : %
□ 終了 □ 中止	終了・中止理由を下記より選択してください。
	☐ 1) プロトコール治療が終了
	☐ 2) 病勢の進行が確認された為 ☐ 4 コース終了時の評価において病勢の進行が確認された為 ☐ 7 コース終了時の評価において病勢の進行が確認された為 ☐ 上記以外の評価において病勢の進行が確認された為
	☐ 3) 有害事象によりプロトコール治療が継続できない為
	☐ 3-1) 下記の毒性が認められた為 ☐ 血栓・塞栓症（静脈系）Grade3 以上 ☐ 血栓・塞栓症（動脈系）Grade1 以上 ☐ 出血 Grade3 以上 ☐ 咯血 ☐ 可逆性後白質脳症症候群 ☐ 蛋白尿 Grade4 以上 ☐ 高血圧 Grade4 以上 ☐ 消化管穿孔 ☐ アレルギー反応 Grade3 以上 ☐ 末梢神経障害 Grade4 以上
	☐ 3-2) 有害事象により治療予定日から 22 日以上延期した為 ☐ 3-3) 2 段階減量した後で、再び減量基準に合致する毒性が認められた為 ☐ 3-4) 上記以外の理由で、有害事象により、担当医が中止を必要と判断した為 ⇒3-2)～3-4)の有害事象の内容() ☐ 4) 患者都合により治療予定日から 22 日以上延期した為、又は患者がプロトコール治療の中止を申し出た為 ⇒理由:() ☐ 5) プロトコール治療中の死亡 ☐ 6) その他不適格性が判明した場合や担当医師がプロトコール治療の継続を不可能と判断した為 ⇒理由:()

轉歸

施設名		科名	
担当医師名		登録番号	HBPCOG 007-

☐ 生存	最終生存確認日：20 年 月 日
☐ 死亡	死亡日： 20 年 月 日 死因 ☐ 原病死 ☐ 治療関連死(詳細： ☐ 他病死(☐ その他(
☐ 消息不明	最終消息(生存)確認日：20 年 月 日 理由 ☐ 転院 ☐ 来院せず ☐ その他(

後治療： ☐有 ☐無

化学療法	レジメン:
放射線	部位:
手術	部位:
その他	内容:

【コメント】