

KCOG-G1101 治療経過報告書 ②-2

施設名	科名	担当医師名
患者イニシャル	登録番号	
(姓) (名)		
記入責任者	記入日	
	20 年 月 日	

サイクル数 : サイクル	検査日: 20 年 月 日
------------------------	--

自覚症状

①アレルギー免疫

	アレルギー反応／過敏症	血管炎	その他()	その他()
Grade				
因果関係の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

②消化器

	食欲不振	悪心	嘔吐	下痢
Grade				
因果関係の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

	便秘	口腔炎/咽頭炎	その他()	その他()
Grade				
因果関係の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

③皮膚

	脱毛	皮膚/発疹	浮腫	その他()
Grade				
因果関係の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

④全身状態・神経学

	疲労	神経障害・運動性	神経障害・知覚性	関節痛/筋肉痛
Grade				
因果関係の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 否定不可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり

コメント