|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 担当医氏名 |  |
| 患者ｲﾆｼｬﾙ | （姓） 　　 （名） | 　　　体重： kg |
| 登録番号 |  | 登録時年齢：　　　歳 | ＰＳ：　□0 □1 □2  |

**記入日：（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　　日**

**化学療法**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □施行中　　□終了済 | 最終投与日 | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| Regimen( ) | Paclitaxel: 　 /m2(day )+ 　　　　 　　　　コース施行 |
| Regimenの変更 | □無　□有--**→** | 現在のRegimen | 　　　　コース施行 |
| 変更の理由 |  |

**試験薬：ラフチジン／プレガバリン**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在服用中の薬 | * ラフチジン　□　プレガバリン　□　その他（　　　　　　　　　　　）　□　無
 |
| 理由 |  |

**末梢神経障害**　　現在のｸﾞﾚｰﾄﾞ（NCI-Common Toxicity CriteriaVer4に従う）を記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 神経障害-運動性□ 無 □ 有　--**→** | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 | 神経障害-感覚性□ 無 □ 有　--**→** | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 |

**その他副作用**　前回報告時から特に変化のあった副作用のｸﾞﾚｰﾄﾞ（NCI-Common Toxicity CriteriaVer4に従う）を記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　　　　　） | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 | （　　　　　　） | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 | （　　　　　　） | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 |
| （　　 　　） | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 | （　　 　　） | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 | （　　　 　） | 1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 |



その他特記事項：