

治療のまとめ

～長期フォローアップのために～

JPLSG(長期フォローアップ委員会) Ver. 4.1-Full (18/1/28)

氏名 性別 男性 女性 カルテ番号 生年月日

治療病院 病院の電話番号 担当医

診断名 原発部位 病期・リスク分類

診断日 治療開始日 治療終了日

診断時年齢 才 治療終了時年齢 才 終了時の本人への病名開示状況

発病前の基礎疾患 再発 あり なし → ありなら 回 再発部位

病歴概要

プロトコール名 治療期間 ~

治療内容 化学療法 放射線療法 手術 造血細胞移植 免疫療法 その他

治療概要

手帳

化学療法薬剤(移植前処置も含む)

投与薬剤名	薬剤の総量	投与薬剤名	薬剤の総量
<input type="checkbox"/> DNR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VCR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DXR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> L-Asp	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> THP	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CPM	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mit	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> IFO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IDA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CDDP	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MTX iv(d)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CBDCA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VP iv(d)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ara-C	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CPT11	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DEX	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> その他	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 髄注	<input type="text"/> 回		

アンスラ換算量 mg/m²

治療中非血液学的合併症 有 不明 無
(原則JCOG/JSCO Grade3以上)

その他化学療法中の合併症

その他の化学療法

手術療法 施行 なし 手術を行った病院

担当医 連絡先

手術日1 手術術式1

手術日2 手術術式2

合併症他

輸血 施行 なし 最終輸血日 HB抗原 あり なし HCV抗体 あり なし

輸血後感染への治療 あり なし 内容と時期 その他の問題点

その他治療 施行 なし 治療内容

放射線療法(移植前の全身照射も含む) 施行 なし

今まで照射を受けている部位・臓器

放射線部位	放射線開始日	線種・技術	総線量	分割
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Gy	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Gy	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Gy	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Gy	<input type="text"/> 回

- 1. 脳
- 2. 眼窩・頭部
- 3. 頸部
- 4. 脊椎・脊髄
- 5. 縦隔
- 6. 肺・胸壁
- 7. 上肢
- 8. 上腹部
- 9. 下腹部・骨盤
- 10. 下肢
- 11. 全脳全脊髄
- 12. 全身照射
- 13. その他

TBIにおける遮蔽・減衰 有 無 不明 遮蔽部位 眼球 肺 その他 ⇒その他

放射線治療部署連絡先 治療施設名

問題点
合併症

造血幹細胞移植 施行 なし 実施病院 移植回数 1回 2回以上

移植ドナー 血縁 非血縁 自家 ハプロ その他... 最終移植日

HLA一致 6/6 5/6 4/6 3/6 その他... 急性GVHD なし Grade Grade

移植ソース 骨髄 末梢血 臍帯血 慢性GVHD なし 限局型 全身型

前処置強度 骨髄破壊的 骨髄非破壊的 他 GVHD内容

前処置内容 TBI Ara-C FLU 他 投与継続中免疫抑制剤
 CY LPA TEPA
 VP16 BU ATG その他合併症

最近測定した身長 cm 体重 kg BMI 日付

記載時点で服用中の薬剤(除免疫抑制剤)

- 記載時点で認められる合併症
- 特に認めず
 - 骨軟部
 - 聴覚
 - 肝胆膵
 - 免疫不全
 - 神経
 - 皮膚
 - 循環器
 - 腎泌尿器
 - 心理
 - 認知
 - 口腔・歯牙
 - 呼吸器
 - 低身長
 - 術中損傷
 - 内分泌
 - 視覚
 - 消化管
 - 代謝系
 - その他...

合併症の詳細

推奨するFU検査

血液検査	画像検査	その他の検査
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

長期FU計画

検査項目	追跡期間・間隔	検査項目	追跡期間・間隔
循環器		腎・泌尿器	
呼吸器		骨・軟部	
内分泌		皮膚	
低身長		神経	
代謝系		心理	
免疫		視覚	
消化管		聴覚	
肝胆膵		その他	

まとめ作成時備考

記載医師名 電話番号 記載日

治療のまとめ

～長期フォローアップのために～

JPLSG(長期フォローアップ委員会)
Ver 2.6-S (09/9/19)

2

氏名	<input type="text"/>	性別	<input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/>	診断日	<input type="text"/>
治療病院	<input type="text"/>	カルテ番号	<input type="text"/>	担当医	<input type="text"/>		
診断名	<input type="text"/>	原発部位	<input type="text"/>	病期・リスク分類	<input type="text"/>		
治療開始日	<input type="text"/>	治療終了日	<input type="text"/>	再発	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	→ありなら	<input type="text"/> 回
診断時年齢	<input type="text"/> 才	治療終了時年齢	<input type="text"/> 才	終了時の本人へ	<input type="text"/>	再発部位	<input type="text"/>
最近測定した身長	<input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> kg	の病名開示状況	<input type="text"/>	発病前基礎疾患	<input type="text"/>

プロトコール名	<input type="text"/>	化学療法投与状況	<input type="radio"/> 予定通り <input type="radio"/> 変更有
---------	----------------------	----------	--

投与薬剤(薬剤名を選択)	薬剤の個別総量(mg/m ²)	その他長期的影響が予測される薬剤と量	<input type="text"/>
アントラサイクリン系(ADR/DNR/他)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		
白金系(CDDP/CBDCA)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		
VP16(TI-II系)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	治療中非血液学的合併症(原則JCOG/JSCO判Grade3以上)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明
アルキル化剤(GPM/IFO)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	合併症の内容	<input type="text"/>
ステロイド長期(PDN/DEX)(延べ1年以上)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		

手術療法	<input type="radio"/> 施行 <input type="radio"/> なし	手術日1	<input type="text"/>	手術を行った病院	<input type="text"/>
手術術式など	<input type="text"/>	手術上の問題点ほか	<input type="text"/>		

放射線療法(移植前の全身照射も含む)	放射線部位1	<input type="text"/>	線量1	<input type="text"/> Gy	分割	<input type="text"/>
	放射線部位2	<input type="text"/>	線量2	<input type="text"/> Gy	分割	<input type="text"/>
<input type="radio"/> 施行 <input type="radio"/> なし	治療上の問題点	<input type="text"/>				

造血幹細胞移植	<input type="radio"/> 施行 <input type="radio"/> なし	移植日	<input type="text"/>	移植病院	<input type="text"/>
移植ドナー	<input type="radio"/> 血縁 <input type="radio"/> 非血縁 <input type="radio"/> 自家 <input type="radio"/> ハプロ	移植源	<input type="radio"/> 骨髄 <input type="radio"/> 末梢血 <input type="radio"/> 臍帯血		
急性GVHD	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> Grade <input type="radio"/> Grade	慢性GVHD	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 限局型 <input type="radio"/> 全身型 <input type="radio"/> その他...		
GVHD内容	<input type="text"/>	投与継続中免疫抑制剤	<input type="text"/>		
その他問題点	<input type="text"/>				

その他治療	<input type="radio"/> 施行 <input type="radio"/> なし	治療内容	<input type="text"/>
-------	---	------	----------------------

輸血	<input type="radio"/> 施行 <input type="radio"/> なし	輸血後感染症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	輸血の問題点	<input type="text"/>
----	---	--------	---	--------	----------------------

記載時点で認められる合併症	<input type="checkbox"/> 特に認めず <input type="checkbox"/> 骨軟部 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> 免疫不 <input type="checkbox"/> 神経 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 腎泌尿器 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 口腔・歯牙 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 低身長 <input type="checkbox"/> 術中損 <input type="checkbox"/> 内分泌 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 代謝系 <input type="checkbox"/> その他	合併症の詳細	<input type="text"/>
---------------	--	--------	----------------------

通院フォロー項目	採血項目	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	採血項目内容	<input type="text"/>
	画像検査	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	画像検査項目	<input type="text"/>
	骨髄検査	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	その他検査の内容	<input type="text"/>
	その他検査	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		
	他科併診	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	診療科	<input type="text"/>

まとめ作成時備考

記載医師名	<input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/>	記載日	<input type="text"/>
-------	----------------------	------	----------------------	-----	----------------------

治療のまとめ

Ver. 2.8

診断名 診断日
治療開始日 治療終了日
プロトコール名 病期・
リスク分類

治療内容 化学療法 手術 免疫療法
 放射線療法 造血細胞移植 その他...

化学療法薬剤名

アンスラ換算量 mg/m²

化学療法の問題点
手術術式1
放射線治療の内容
造血幹細胞移植の内容
その他
合併症・併存症

病院名 病院の電話番号
記載日 記載者医師名