

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-F (09/9/19)

短

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

プロトコール名 治療期間 ~

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...

化学療法投与状況 予定通り 変更有
治療変更備考

投与薬剤名	薬剤の総量	投与薬剤名	薬剤の総量	治療中非血液学的合併症 (原則JCOG/JSCO Grade3以上)		
<input type="checkbox"/> DNR	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> VCR	<input type="text"/> mg/m ²	治療中非血液学的合併症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> ADR	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> VDS	<input type="text"/> mg/m ²	Grade		合併症内容
<input type="checkbox"/> THP	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> VLB	<input type="text"/> mg/m ²	循環器系	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mit	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> Ara-C	<input type="text"/> mg/m ²	呼吸器系	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IDA	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> 6MP	<input type="text"/> mg/m ²	内分泌系	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CPM	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> MTX po	<input type="text"/> mg/m ²	アレルギ-/-免疫	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MTX iv(d)	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> VP po	<input type="text"/> mg/m ²	消化管	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VP iv(d)	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> DTIC	<input type="text"/> mg/m ²	肝胆膵	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CDDP	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> PCZ	<input type="text"/> mg/m ²	感染症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CBDCA	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> HU	<input type="text"/> mg/m ²	骨軟部組織	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IFO	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> 5FU	<input type="text"/> mg/m ²	神経	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PSL	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> Act-D	<input type="text"/> mg/m ²	眼球・視覚	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DEX	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> BHAC	<input type="text"/> mg/m ²	耳・聴覚	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> L-asparaginase	<input type="text"/> 万IU/m ²	<input type="checkbox"/> IFN	<input type="text"/> 万IU/m ²	腎泌尿器	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BLM	<input type="text"/> mg/m ²	<input type="checkbox"/> その他...	<input type="text"/>	術中損傷	<input type="checkbox"/> あり	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BU	<input type="text"/> g/m ²			その他問題点		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ACNU	<input type="text"/> mg/m ²					
<input type="checkbox"/> 髄注	<input type="text"/> 回					
<input type="checkbox"/> L-PAM	<input type="text"/> mg/m ² アンスラ換算量					

手術療法 施行 なし 手術を行った病院

手術日1 連絡先 術者名

手術術式

手術上の問題点他

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 期間 ~

放射線部位1 線量1 Gy 分割 方法1

放射線部位2 線量2 Gy 分割 方法2

治療上の問題点 治療担当医

造血幹細胞移植 施行 なし 移植病院

移植ドナー 同種血縁 同種非血縁 自家 移植ソース 骨髄 末梢血 臍帯血 その他

移植日 急性GVHD なし Grade II 以下 Grade III 以上

タンデム あり なし 慢性GVHD なし 限局型 全身型 その他...

前処置 CY LPAM ATG TBI BU その他... VP16 FLU Ara-C TEPA

GVHD内容

投与継続中免疫抑制剤

その他(タンデム移植の場合はその内容)

輸血 施行 なし 最終輸血日 G-CSF使用 あり なし

HB抗原 あり なし → ありなら判明日 HCV抗体 あり なし → ありなら判明日

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

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 内分泌 免疫不全 腎泌尿器 神経 聴覚 循環器 低身長 消化管 骨軟部 心理 術中損傷 呼吸器 代謝系 肝胆膵 皮膚 視覚 その他...

合併症の詳細

通院基本フォロー項目 採血項目 採血項目間隔 画像項目 画像検査時期 BM/その他項目

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	<input type="text"/>	腎・泌尿器	<input type="text"/>
	呼吸器	<input type="text"/>	骨・軟部	<input type="text"/>
	内分泌	<input type="text"/>	皮膚	<input type="text"/>
	低身長	<input type="text"/>	神経	<input type="text"/>
	代謝系	<input type="text"/>	心理	<input type="text"/>
	免疫	<input type="text"/>	視覚	<input type="text"/>
	消化管	<input type="text"/>	聴覚	<input type="text"/>
	肝胆膵	<input type="text"/>	その他	<input type="text"/>

まとめ作成時備考

記載医師名 電話番号 記載日