

癌化学療法時の悪心嘔吐観察研究・患者登録用紙

記入日 年 月 日

施設・診療科	病院					科	
担当医師名							
連絡先	電話番号	-	-	FAX番号	-	-	
患者イニシャル	(姓)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男	<input type="checkbox"/> 2. 女	院内患者番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日 (または年齢 歳)	
癌種	<input type="checkbox"/> 1. 肺癌 → <input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌 <input type="checkbox"/> 小細胞肺癌 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 2. 乳癌 <input type="checkbox"/> 3. 消化器癌 → <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 胆道癌 <input type="checkbox"/> 膵癌 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 4. 婦人科癌 → <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 5. 血液癌 → <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 非ホジキンリンパ腫 <input type="checkbox"/> ホジキンリンパ腫						
病期(ステージ)分類 <small>(病期分類がある癌種のみ記載)</small>	登録時	<input type="checkbox"/> 初発	→	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
選択基準	1) 催吐性が中等度以上の抗悪性腫瘍薬を含む癌化学療法を初めて施行する患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
	2) 患者日記を正確に記載できる患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
	3) 文書による同意を取得した患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
除外基準	1) 抗悪性腫瘍薬投与開始前24時間以内に悪心・嘔吐を認めた患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
	2) その他、医師が対象として不適と判断した患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				

★今回、抗悪性腫瘍剤投与に伴う悪心嘔吐(CINV)に対する医療者側の予測についても調査を行います。次の質問にお答えください。

① 急性期(抗悪性腫瘍剤投与開始から24時間以内)に以下の症状が起こると予想されますか？

1、悪心： 起こらない  起こる → 悪心が起こると予想された場合、最大でどの程度だと考えますか？  
下記のスケールのあてはまる個所に/(斜線)を付けて下さい。

0 (なし) 10 (重篤)

2、嘔吐： 起こらない  起こる

3、食欲不振： 起こらない  起こる

② 遅発期(抗悪性腫瘍剤投与開始 24時間後～7日目)の間に以下の症状が起こると予想されますか？

1、悪心： 起こらない  起こる → 悪心が起こると予想された場合、最大でどの程度だと考えますか？  
下記のスケールのあてはまる個所に/(斜線)を付けて下さい。

0 (なし) 10 (重篤)

2、嘔吐： 起こらない  起こる

3、食欲不振： 起こらない  起こる

事務局記載	登録番号	CINV-			
	受付年月日	201	年	月	日

登録番号を事務局で記載の後、登録票をFAXにて返送します。登録番号は、患者日記と医師記入用紙に必ずご記入下さい。  
患者日記は中等度以上の催吐性リスクの抗がん薬を投与した日がDay 1となります。