

I

CINV-

癌化学療法時の悪心嘔吐観察研究

症例報告書

登録番号	CINV-
医療機関名	
科名	
医師名	
記入日	年 月 日
同意取得日	年 月 日

作成年月日：2011年 2月 9日 第2版
修正年月日：2011年 11月 7日 第2.1版

【制吐治療（予防投与）】（悪心・嘔吐が発現した時の処置は含みません）

	5HT ₃ 受容体拮抗薬	コルチコステロイド	アプレピタント	その他
第1日目	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1世代 () <input type="checkbox"/> 第2世代 (パロ/セトロン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デキサメタゾン () mg <input type="checkbox"/> その他 () mg	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 経口剤) (<input type="checkbox"/> 注射剤)	<input type="checkbox"/> ドパミン受容体拮抗薬 (メトクロプラミド等) <input type="checkbox"/> 抗不安薬 (アルプラゾラム等) <input type="checkbox"/> ()
第2日目	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1世代 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デキサメタゾン () mg <input type="checkbox"/> その他 () mg	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ドパミン受容体拮抗薬 (メトクロプラミド等) <input type="checkbox"/> 抗不安薬 (アルプラゾラム等) <input type="checkbox"/> ()
第3日目	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1世代 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デキサメタゾン () mg <input type="checkbox"/> その他 () mg	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ドパミン受容体拮抗薬 (メトクロプラミド等) <input type="checkbox"/> 抗不安薬 (アルプラゾラム等) <input type="checkbox"/> ()
第4日目	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1世代 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デキサメタゾン () mg <input type="checkbox"/> その他 () mg	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ドパミン受容体拮抗薬 (メトクロプラミド等) <input type="checkbox"/> 抗不安薬 (アルプラゾラム等) <input type="checkbox"/> ()
第5日目	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1世代 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デキサメタゾン () mg <input type="checkbox"/> その他 () mg	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> ドパミン受容体拮抗薬 (メトクロプラミド等) <input type="checkbox"/> 抗不安薬 (アルプラゾラム等) <input type="checkbox"/> ()
第6日目	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1世代 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デキサメタゾン () mg <input type="checkbox"/> その他 () mg		<input type="checkbox"/> ドパミン受容体拮抗薬 (メトクロプラミド等) <input type="checkbox"/> 抗不安薬 (アルプラゾラム等) <input type="checkbox"/> ()
第7日目	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 第1世代 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デキサメタゾン () mg <input type="checkbox"/> その他 () mg		<input type="checkbox"/> ドパミン受容体拮抗薬 (メトクロプラミド等) <input type="checkbox"/> 抗不安薬 (アルプラゾラム等) <input type="checkbox"/> ()

【救済治療】（発現した悪心・嘔吐を軽減させるための処置、屯服処方を含む）

無 有り ↘

薬 剤 名	投与経路	投与日*	薬 剤 名	投与経路	投与日*
	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 その他 ()	月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 その他 ()	月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 その他 ()	月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 その他 ()	月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 その他 ()	月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 その他 ()	月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

* 投与日については、可能なかぎり救済した時間帯（午前・午後）の選択をお願いします。

SAMPLE

受 付 1		
Check 1		
再 調 査 1		
受 付 2		
Check 2		
再 調 査 2		
受 付 3		
確 認		
入 力		