

## がん化学(放射線)療法レジメン申請書

\* 記入不要です

申請期日	2008/08/26
診療科名	産科婦人科
診療科長 署名	
申請医師 署名	
登録確認日	
登録削除日	

受付番号	*
がん腫(コード)	*
レジメン登録ナンバー	*

以下(a), (b)は 2 ページ目記載の参考にし

がん種	レジメン名	実施区分	使用分類	適応分類
胞状奇胎	MA	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院及び外来	<input checked="" type="checkbox"/> 日常診療(試験以外) <input type="checkbox"/> 単施設自主研究 <input type="checkbox"/> 多施設自主研究 <input type="checkbox"/> 市販後臨床試験 <input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 術前補助化学療法 <input type="checkbox"/> 術後補助化学療法 <input checked="" type="checkbox"/> 通常化学療法 <input type="checkbox"/> 大量化学療法 <input type="checkbox"/> その他( )

臨床試験の場合記入	
期間	~
Phase	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> I/II <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II/III <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> その他

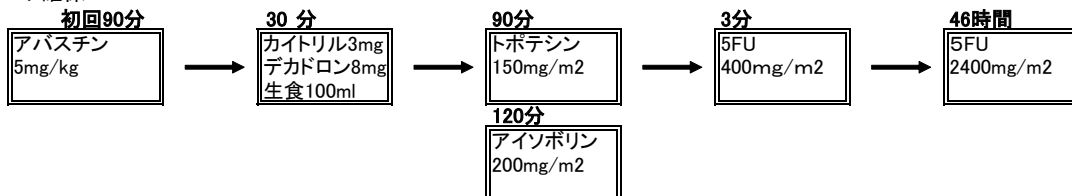
てください。

(a)投与スケジュール記載例

開始時の設定投与量	mg/kg	day	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
薬剤名	mg/m <sup>2</sup>																												
アバスチン	5mg/kg	●																											
トポテシン	150mg/m <sup>2</sup>	●																											
アイソボリン	200mg/m <sup>2</sup>	●																											
5FU	400mg/m <sup>2</sup>	●																											
5FU	2400mg/m <sup>2</sup>	●																											

(b)1 日のスケジュール記載例

ルート確保



1ページ目の記載例に準じて記入してください。

(a) 投与スケジュール

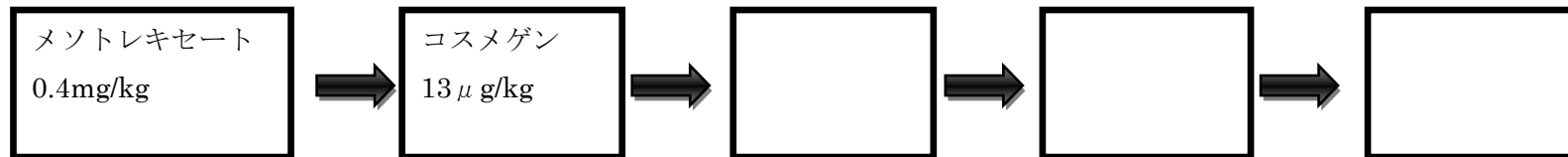
(行の挿入、表のコピーペーストは可能です。)

薬剤名	投与量	day1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
メソトレキセート	0.4mg/kg	●	●	●	●																								
コスメゲン	13 μg/kg	●	●	●	●																								
1コース期間		14-18日				目標コース数				□有 (コース)    ■無 (PDまで)																			

(b) 1日のスケジュール (投与時間も記入してください。テキストボックスはコピーアンドペーストで増やせます。)

IV または筋注

IV



(審査の参考にしますので簡単に記載してください。)

基準項目	
適格基準	胞状奇胎
除外基準	
開始基準	好中球数 2,000/mm <sup>3</sup> 以上 血小板数 10 万/mm <sup>3</sup> 以上
次コース 開始基準	好中球数 1,500/mm <sup>3</sup> 以上 血小板数 7.5 万/mm <sup>3</sup> 以上
休薬基準	
投与量 変更基準	発熱性好中球減少[好中球数が 1,000/mm <sup>3</sup> 未満、かつ 38.5℃以上の発熱: grade 3 ]が認められた場合 grade 4 の好中球減少(好中球数が 500/mm <sup>3</sup> 未満)が 5 日以上継続する場合 grade 3 以上の非血液学的毒性が認められた場合。
中止基準	1) 重篤な薬物有害反応が発現した場合 2) 病勢の明らかな進行が認められた場合 3) 新たな疾患の併発、または合併症により治療の継続が困難と判断される場合

・本レジメンが、臨床試験の場合はプロトコルの解説を簡単に記載してください。



・レジメン審査の規準は以下のとおりとなっています。

- ① 標準治療であること。または、標準治療に準ずる治療であること。
- ② IRBの審査を受けた試験であること。

これらの規準をふまえた上で、本レジメンのエビデンスを簡単に記載してください。

絨毛性疾患取り扱い規約による。



## 化学療法投与スケジュール（レジメンマスタ登録用）

レジメン名（登録名）	MA
休薬期間※	
レジメンコード※	
対象疾患	胎状奇胎
診療科名	産科婦人科
記入者名	

レジメン名記載例： 膀胱癌・ゲムシタビン・(weekly adjuvant)

- ① 疾患名
- ② 薬剤名あるいはレジメンの通称
- ③ 必要があればスケジュールやアジュバント等を記載の順にしてください。

※ は記入不要です。

### Day 1

※1 行に抗がん剤と希釈液を記入してください。

投与順序	投与薬剤名（商品名）	投与量：単位	投与経路	投与方法	点滴時間	その他コメント
Rp1	メソトレキセート	0.4 <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> その他（ ）	分 時間	
Rp2	コスメゲン	13 <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> その他（ $\mu$ g/kg） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> その他（ ）	分 時間	

Day 2 以降に投与日がある場合は下記スケジュールに記入してください（日毎に用紙を変えてください）。

レジメン名（登録名）	MA
休薬期間※	
レジメンコード※	

レジメン名記載例： 膀胱癌・ゲムシタビン・(weekly adjuvant)

- ① 疾患名
- ② 薬剤名あるいはレジメンの通称
- ③ 必要があればスケジュールやアジュバント等を記載の順にしてください。

※は記入不要です。

Day   2  

※1行に抗がん剤と希釈液を記入してください。

投与順序	投与薬剤名（商品名）	投与量	投与経路	投与方法	点滴時間	その他コメント
Rp1	メソトレキセート	0.4 <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> その他（ ）	分 時間	
Rp2	コスメゲン	13 <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> その他（ $\mu$ g/kg） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> その他（ ）	分 時間	

Day 2 以降に投与日がある場合は下記スケジュールに記入してください（日毎に用紙を変えてください）。

レジメン名（登録名）	MA
休薬期間※	
レジメンコード※	

レジメン名記載例： 膀胱癌・ゲムシタビン・(weekly adjuvant)

- ① 疾患名
- ② 薬剤名あるいはレジメンの通称
- ③ 必要があればスケジュールやアジュバント等を記載の順にしてください。

※は記入不要です。

Day   3  

※1行に抗がん剤と希釈液を記入してください。

投与順序	投与薬剤名（商品名）	投与量			投与経路	投与方法	点滴時間	その他コメント
Rp1	メソトレキセート	0.4	<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注	分		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	時間		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）					
Rp2	コスメゲン	13	<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> その他（ $\mu$ g/kg）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注	分		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	時間		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）					

Day 2 以降に投与日がある場合は下記スケジュールに記入してください（日毎に用紙を変えてください）。

レジメン名（登録名）	MA
休薬期間※	
レジメンコード※	

※は記入不要です。

レジメン名記載例：膀胱癌・ゲムシタビン・(weekly adjuvant)

- ① 疾患名
- ② 薬剤名あるいはレジメンの通称
- ③ 必要があればスケジュールやアジュバント等を記載の順にしてください。

Day   4  

※1行に抗がん剤と希釈液を記入してください。

投与順序	投与薬剤名（商品名）	投与量			投与経路	投与方法	点滴時間	その他コメント
Rp1	メソトレキセート	0.4	<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注	分		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	時間		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）					
Rp2	コスメゲン	13	<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> その他（ $\mu$ g/kg）	<input type="checkbox"/> メイン <input checked="" type="checkbox"/> 側管	<input type="checkbox"/> 点滴 <input checked="" type="checkbox"/> 静注	分		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	時間		
			<input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> その他（ ）					