

SSM 臨床成績経過書

受付 月・火・木 午前9時～午前11時

SSM登録(診察券)番号 _____

ふりがな		病(医)院名	
患者名	殿	担当医名	(印)

I. 今期間中のSSM投与について

記載日 年 月 日

- 1) 投与方法 SSM-A, B交互 SSM-A単独 SSM-B単独 その他()
- 2) 投与間隔 隔日 週3回 週2回 週1回 連日 その他

II. 症状 (あり:+, なし:-) III. 臨床検査 (コピーの添付可) 検査なし

項目	項目	項目	項目
咳・痰	WBC (/mm ³)	CRP	CEA
悪心・嘔吐	RBC (10 ⁴ /mm ³)	生化学 総蛋白 (g/dL)	α-FP
腹痛	Hb (g/dL)		腫瘍マーカー (適切なマーカーをご記入ください)
下痢	Ht (%)	アルブミン	
出血	血小板 (10 ⁴ /mm ³)	総ビリルビン	CA125
腹水	リンパ球 (%)	肝炎 ウイルス	PSA
胸水	ALP	その他	
浮腫	AST(GOT)		
食欲不振	ALT(GPT)		
	LDH		
	BUN		
体重(Kg)	クレアチニン		

今期間中の画像検査所見

- XP CT MRI PET US その他
- 施行日: 年 月 日
- 前回との比較: 改善 不変 増悪
- (詳細コメント)

今期間中の癌に対する治療内容(具体的にご記入ください)

- SSMのみ
- 化学療法
- 放射線療法
- 手術 (施行日: _____)
- 免疫療法
- その他 (鎮痛剤な

今期間終了時の効果判定（各項目の該当☑に印をお付ください）

SSM登録番号

患者名	
-----	--

1) 一般状態 (Performance Status) ※PSは必ずご記入ください

<input type="checkbox"/> PS 0	無症状で社会活動ができる。制限なく、発病前と同等の日常生活を送ることができる。
<input type="checkbox"/> PS 1	肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる。例えば軽い家事、事務など。
<input type="checkbox"/> PS 2	歩行可能で、身の回りのことは十分できるが、軽作業はできない。日中の50%以上はベッドの外で過ごす。
<input type="checkbox"/> PS 3	身の回りのことは限られたことしかできず、しばしば介助が必要である。日中の50%以上はベッドか椅子で過ごす。
<input type="checkbox"/> PS 4	寝たきりで、自分の身の回りのことは全くできない。常に介助が必要である。

(この基準は全身状態の指標であり、局所症状で活動が制限されている場合は、臨床的に判断してください)

2) 再発・再燃・転移 あり(部位をご記入ください) なし 不明
 部位:

3) 症状改善効果(疼痛緩和、食欲、ADL、その他) 著明 あり なし 判定不能 不明
 コメント:

4) 化学療法・放射線療法の副作用軽減効果 著明 あり なし 判定不能 不明
 コメント:

5) 延命効果(想定に対して) 著明 あり なし 判定不能 不明
 コメント:

6) 総合判定(治療効果) 著効 有効 無効 判定不能 不明
 コメント:

7) その他SSMについてお気づきの点(抗腫瘍効果、副作用等)がありましたらご記入ください。

8) SSM投与を終了された場合にも、本経過書をご返送ください。

生存 Exitus (原因:) 不明 (終了 年 月 日)

	ワクチン療法研究 施設担当医師
	領収印