

# 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	月日	項目	月日	項目	月日	項目	月日
咳・痰		WBC ( /mm <sup>3</sup> )		CRP		CEA	
悪心・嘔吐		RBC (10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )		生化学 総蛋白 (g/dL) アルブミン 総ビリルビン 肝炎 ウイルス		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)	CA19-9	
下痢		Ht (%)				CA15-3	
出血		血小板 (10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )				CA125	
腹水		リンパ球 (%)		PSA			
胸水		ALP					
浮腫		AST(GOT)					
食欲不振		ALT(GPT)					
		LDH					
		BUN					
体重(Kg)		クレアチニン		その他			

**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