

「腫瘍内科専門外来」紹介時に記載をお願いします

「腫瘍内科専門外来」臨床情報

患者氏名： _____

生年月日： _____

病理診断名	
臨床診断名	
診断日	年 月 日
TNM 分類 (UICC)	T () N () M () <input type="checkbox"/> 不明
Stage	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 不明
初回治療前の Stage (再発時のみ)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 不明
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 () 本/日 () 年間 <input type="checkbox"/> 無
アルコール多飲歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ECOG PS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
重複がん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
多発がん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
登録時転移	<input type="checkbox"/> 有 部位 () <input type="checkbox"/> 無
MSI	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (High) <input type="checkbox"/> 未検査
食道・胃・小腸・大腸がん症例	KRAS 変異種類 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査 <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> その他 ()
	検査法 <input type="checkbox"/> PCR-rSSO <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	NRAS 変異種類 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査 <input type="checkbox"/> codon12 <input type="checkbox"/> codon13 <input type="checkbox"/> codon59 <input type="checkbox"/> codon61 <input type="checkbox"/> codon117 <input type="checkbox"/> codon146 <input type="checkbox"/> その他 ()
	検査法 <input type="checkbox"/> PCR-rSSO <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明
	HER2 IHC <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性 1+ <input type="checkbox"/> 境界域 2+ <input type="checkbox"/> 陽性 3+ <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
	EGFR IHC <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
	BRAF V600E <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
膵がん症例	gBRCA1 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
	gBRCA2 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
肝がん症例	HBsAg <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
	HBsAb <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
	HBV-DNA () logIU/ml
	HCVAb <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 不明/未検査
	HCV-RNA () logIU/ml
その他の症例 ()	紹介前に行った遺伝子検査の結果を記載

ご協力ありがとうございました