

疾患基本情報

ご紹介いただく患者様の治療を円滑に行うために下記の項目にチェックしてください

(不明なところは記入の必要はありません。分かる範囲で結構です)

<患者氏名> _____ <生年月日> M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名(_____) ⇒ 静岡がんセンター 乳腺疾患診療科

- | | | | | |
|---------|------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|
| 確定診断 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 方法 | <input type="checkbox"/> 針生検 | <input type="checkbox"/> 細胞診 | <input type="checkbox"/> 摘出生検 | <input type="checkbox"/> その他() |
| 組織診の場合 | <input type="checkbox"/> 浸潤癌 | <input type="checkbox"/> 非浸潤癌 | | |
| 細胞診の場合 | <input type="checkbox"/> 悪性 | <input type="checkbox"/> 悪性疑い | <input type="checkbox"/> 良性 | <input type="checkbox"/> 判定困難 |
| ホルモン受容体 | <input type="checkbox"/> 陽性 | <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 未検 |
| HER2受容体 | <input type="checkbox"/> 陽性 | <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 未検 |
| 部位① | <input type="checkbox"/> 右乳房 | <input type="checkbox"/> 左乳房 | | |
| 部位② | <input type="checkbox"/> A領域 | <input type="checkbox"/> B領域 | <input type="checkbox"/> C領域 | <input type="checkbox"/> D領域 |
| 腫瘍サイズ | () | cm | | |
| 皮膚変化 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (発赤 びらん 潰瘍) | | |
| リンパ節転移 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 不明 | |
| 遠隔転移 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (肺 肝臓 骨 脳 その他) | | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (呼吸苦 疼痛 出血 頭痛・悪心 食欲不振 その他) | | |
| PS | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 不良 (杖歩行 車いす ベッド上) | | |
| 基礎疾患 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり () | | |

※以下は初回連絡時のみご記載ください(複数回答可)

- | | | | | |
|----------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 診療連携対応 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 不可 | | |
| 受け入れについて | <input type="checkbox"/> 入院受け入れ可 | <input type="checkbox"/> 外来のみ | | |
| 受け入れ内容 | <input type="checkbox"/> 術後定期検診のみ | <input type="checkbox"/> 良性疾患フォロー | <input type="checkbox"/> ホルモン治療 | <input type="checkbox"/> 化学療法 |