

府中病院 乳がん 放射線治療 登録シート (紹介医様用)

氏名: _____ 年齢: _____ 歳

患側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 領域 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 閉経前 <input type="checkbox"/> 閉経後 <input type="checkbox"/> 不明			
腫瘍径 (t)	<input type="checkbox"/> <0.5cm <input type="checkbox"/> 0.5cm~1.0cm <input type="checkbox"/> 1.1cm~2.0cm <input type="checkbox"/> >5.1cm <input type="checkbox"/> 胸壁/皮膚への浸潤 <input type="checkbox"/> 不明			
組織型	<input type="checkbox"/> 非浸潤癌 (<input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 浸潤癌 (<input type="checkbox"/> 乳管癌 <input type="checkbox"/> 乳頭腺管癌 <input type="checkbox"/> 充実腺管癌 <input type="checkbox"/> 硬癌) (<input type="checkbox"/> 特殊癌 <input type="checkbox"/> 粘液癌 <input type="checkbox"/> 髓様癌 <input type="checkbox"/> 小葉癌 <input type="checkbox"/> その他)			
切断断端	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (<input type="checkbox"/> focal <input type="checkbox"/> diffuse) <input type="checkbox"/> その他 断端陽性の定義 _____ 追加切除やクリップの有無などコメント _____			
ブースト照射の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
核異型度	<input type="checkbox"/> Grade 1	<input type="checkbox"/> Grade 2	<input type="checkbox"/> Grade 3	<input type="checkbox"/> 不明
脈管浸潤	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++/+++	<input type="checkbox"/> 強陽性	<input type="checkbox"/> 不明
HR	<input type="checkbox"/> ER-	<input type="checkbox"/> ER+	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 結果待ち
	<input type="checkbox"/> PgR-	<input type="checkbox"/> PgR+	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 結果待ち
	<input type="checkbox"/> Her2-	<input type="checkbox"/> Her2+	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 結果待ち
リンパ節 (n)	郭清レベル (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> SC) 切除数 _____ 個 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1~5個 <input type="checkbox"/> 6~10個 <input type="checkbox"/> 10個以上 <input type="checkbox"/> 不明 転移数 _____ 個 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1~3個 <input type="checkbox"/> 4~9個 <input type="checkbox"/> 10個以上 <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> SC			
手術日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 術式 <input type="checkbox"/> Bq <input type="checkbox"/> Bp <input type="checkbox"/> Tm _____ cm <input type="checkbox"/> SLNB <input type="checkbox"/> 同時再建			
補助療法	<input type="checkbox"/> 1術前化療 <input type="checkbox"/> 2術後化療 <input type="checkbox"/> 3照射後の化療予定 <input type="checkbox"/> 4ホルモン (1または2の場合) 投与薬剤と内容 _____ 3照射後の化療予定がある場合 使用予定薬剤 _____ およその投与期間 _____ か月			
ホルモン療法	<input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> LH-RH agonist <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> MPA <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(追記事項は下記コメントへ) <input type="checkbox"/> 併用する予定はない <input type="checkbox"/> 照射終了後開始予定			
フリーコメント	開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____			