

泉大津急性期メディカルセンター
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"/> 0.5~1.0cm <input type="checkbox"/> 1.1~2.0cm <input type="checkbox"/> 2.1~5.0cm <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"/> 非浸潤がん [<input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管がん <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉がん <input type="checkbox"/> 不明] <input type="checkbox"/> 浸潤がん [<input type="checkbox"/> 乳管がん <input type="checkbox"/> 乳頭腺管がん <input type="checkbox"/> 充実腺管がん <input type="checkbox"/> 硬がん <input type="checkbox"/> 特殊がん <input type="checkbox"/> 粘液がん <input type="checkbox"/> 髄様がん <input type="checkbox"/> 小葉がん <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
核異形度 脈管浸潤 HR	<input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++/+++ <input type="checkbox"/> 強陽性 <input type="checkbox"/> 不明 <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"/> 不明 <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術前化学 <input type="checkbox"/> 2術後化学 <input type="checkbox"/> 3照射後の化学予定 <input type="checkbox"/> 4ホルモン 1または2の場合 投与薬剤と内容 [_____] 3照射後の化学予定がある場合 使用予定薬剤 [_____] おおよその投与期間 [_____ ヶ月]
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(追記事項のコメント欄へ) <input type="checkbox"/> 併用する予定はない <input type="checkbox"/> 照射終了後開始予定 開始日 [_____ 年 _____ 月 _____ 日]
コメント	