

患者情報

(ふりがな)

患者氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢： _____ 歳

臨床診断： _____ 病理診断： あり (_____) ・ なし

TNM分類： T _____ N _____ M _____ Stage _____ ・ 不明
 転移性腫瘍の場合、転移の数： _____ 個

前立腺 { GS _____
 PSA _____

腫瘍最大径： _____ mm 腫瘍辺縁が消化管から2cm以上離れている： はい ・ いいえ

治療歴： なし ・ あり (手術 化学療法 X線治療 IVR その他 (_____))

Performance Status (PS)が2以下： score 0 1 2 3

合併症： なし ・ あり (_____)

糖尿病： なし ・ あり (HbA1c %) 肝不全： なし ・ あり (Child-Pugh 分類： A B C)

間質性肺炎： なし ・ あり (%肺活量： _____%、 1秒率： _____%、 SpO2： _____%)

検査項目	実施日 (直近)	検査結果・所見
腫瘍マーカー 検査項目： _____	年 月 日	
CT： <u>単純のみ</u> ・ <u>単純+造影</u>	年 月 日	
MRI： <u>単純のみ</u> ・ <u>単純+造影</u>	年 月 日	
全身PET/CT	年 月 日	
その他 (_____)	年 月 日	

貴施設情報

施設名： _____ 所在地： _____

診療科： _____ 医師名： _____ 看護師名： _____

電話番号： (_____) _____ FAX 番号： (_____) _____

E-mail： _____

特記事項等