

SSM登録番号

記載年月日 年 月 日

患者氏名(フリガナ)	男
	女
生年月日	
明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	

担当医	印
病(医)院名	
住所 〒	
TEL	

診断名 (確定診断日: 年 月 日)

## SSM投与前治療法

組織型 (1 生検 2 細胞診 3 切除標本 4 その他)

### 外科的治療

診断時臨床病期 (1 肉眼的 2 組織学的)

手術年月日	年 月 日
手術施設名	
住所 〒	
TEL	

ステージ( ) 不明

1 治癒切除 2 非治癒切除 3 非切除 4 不明

転移部位( )

放射線療法 あり( ) なし 不明

現在の臨床病期(相当)

化学療法 あり( ) なし 不明

ステージ( ) 不明

免疫療法 あり( ) なし 不明

リンパ節転移

その他の治療 あり( ) なし 不明

あり なし 不明

対症療法のみ あり( ) なし 不明

他臓器への転移

## 再発・再燃後治療法

あり ( )

再発 ( 年 月 日)

なし

再燃 ( 年 月 日)

不明

不明

外科的治療 手術年月日( 年 月 日)

現在の一般状態 (次頁参照)

放射線療法 あり( ) なし 不明

PS 0 PS 1 PS 2 PS 3 PS 4

化学療法 あり( ) なし 不明

現在の体重 \_\_\_\_\_ kg

免疫療法 あり( ) なし 不明

現在の身長 \_\_\_\_\_ cm

その他の治療 あり( ) なし 不明

対症療法のみ あり( ) なし 不明