

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