受付　　年　　月　　日

SSM治験登録書

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）

医師名　　㊞

病(医)院名

住所　〒

TEL

診断名　（　　）

（確定診断日:　　年　　月　　日）

組織型（1 生検　2 細胞診　3 切除標本　4 その他）

診断時臨床病期　（1 肉眼的　2 組織学的）

ステージ(　　)　不明

転移部位(　　)

現在の臨床病期(相当)

ステージ(　　)　不明

リンパ節転移

あり　　なし　　不明

他臓器への転移

あり（　　）

なし

不明

現在の一般状態（次頁参照）

PS 0　PS 1　PS 2　PS 3　PS 4

現在の体重　　kg

現在の身長　　cm

SSM投与前治療法

外科的治療

手術年月日　　年　　月　　日

手術施設名

住所　〒

TEL

1 治癒切除　2 非治癒切除　3 非切除　4 不明

放射線療法　あり(　　)なし　不明

化学療法　あり（　　）なし　不明

免疫療法　あり(　　)なし　不明

その他の治療　あり(　　)なし　不明

対症療法のみ　あり(　　)なし　不明

再発・再燃後治療法

再　発　(　　年　　月　　日)

再　燃　(　　年　　月　　日)

不　明

外科的治療　手術年月日(　　年　　月　　日)

放射線療法　あり(　　)なし　不明

化学療法　あり（　　）なし　不明

免疫療法　あり(　　)なし　不明

その他の治療　あり(　　)なし　不明

対症療法のみ　あり(　　)なし　不明

（次頁もご記入ください）