

(秘)秋田県 胃集検発見胃がん患者個票

1) 実施主体 受診月日	平成 年 月 日	受診番号	検診機関
2) 氏名 生年月日 住 所	年 月 日	(発見時: 歳)	性別
3) 精検実施 機関名			
4) 検診歴	<input type="checkbox"/> ①初回受診 <input type="checkbox"/> ②1年前受診 <input type="checkbox"/> ③2年前受診 <input type="checkbox"/> ④3年前受診 <input type="checkbox"/> ⑤4年前受診 <input type="checkbox"/> ⑥5年前受診 <input type="checkbox"/> ⑦不明		

あてはまる□にはレ印を、()内には記入をお願いします。

5) 治療	治療実施機関名	主治医
	a) 治療方法 : <input type="checkbox"/> ①外科手術 <input type="checkbox"/> ②腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> ③内視鏡的粘膜切除術(EMR) <input type="checkbox"/> ④内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) <input type="checkbox"/> ⑤化学療法 <input type="checkbox"/> ⑥無治療 <input type="checkbox"/> ⑦その他() <input type="checkbox"/> ⑧不明	
	b) 外科手術の方法 : 【a)で外科手術、腹腔鏡下手術を選択した場合のみ】 <input type="checkbox"/> ①胃切除術 <input type="checkbox"/> ②吻合術 <input type="checkbox"/> ③単開腹 <input type="checkbox"/> ④造瘻 <input type="checkbox"/> ⑤ポリープ摘除術 (内視鏡的摘除は除く)	
	c) 腫瘍の遺残(R) : <input type="checkbox"/> ①RX <input type="checkbox"/> ②R0 <input type="checkbox"/> ③R1 <input type="checkbox"/> ④R2 <input type="checkbox"/> ⑤不明 【a)で外科手術、腹腔鏡下手術を選択した場合のみ】 d) 手術年月日 : (内視鏡的治療を含む) 平成 年 月 日	
6) 病巣の数	<input type="checkbox"/> ①単発 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個以上 <input type="checkbox"/> ⑤不明	
7) 病巣部位	a) 部位(UML) : <input type="checkbox"/> ①U <input type="checkbox"/> ②UM <input type="checkbox"/> ③MU <input type="checkbox"/> ④M <input type="checkbox"/> ⑤ML <input type="checkbox"/> ⑥LM <input type="checkbox"/> ⑦L <input type="checkbox"/> ⑧全体	
	b) 部位(壁在性) : <input type="checkbox"/> ①前壁 <input type="checkbox"/> ②後壁 <input type="checkbox"/> ③大彎 <input type="checkbox"/> ④小彎 <input type="checkbox"/> ⑤全周 <input type="checkbox"/> ⑥多発 2つ以上の部位にまたがる場合は、主な部位にレ印を付けて下さい。	
8) 肉眼分類	1) O型 <input type="checkbox"/> ① I <input type="checkbox"/> ② II a <input type="checkbox"/> ③ II a+ II c <input type="checkbox"/> ④ II b <input type="checkbox"/> ⑤ II c <input type="checkbox"/> ⑥ II c+ III <input type="checkbox"/> ⑦ II c+ II a <input type="checkbox"/> ⑧ III+ II c <input type="checkbox"/> ⑨ III <input type="checkbox"/> ⑩その他の組合せ(+)	
	2) <input type="checkbox"/> ①1型 <input type="checkbox"/> ②2型 <input type="checkbox"/> ③3型 <input type="checkbox"/> ④4型 <input type="checkbox"/> ⑤5型	
9) 肉眼所見	a) 大きさ: (長径) mm × (短径) mm (単位にご注意ください。)	
	b) 進行程度: 1) <input type="checkbox"/> ①T1a(m) <input type="checkbox"/> ②T1b(sm) <input type="checkbox"/> ③T2(mp) <input type="checkbox"/> ④T3(ss) <input type="checkbox"/> ⑤T4a(se) <input type="checkbox"/> ⑥T4b(si) <input type="checkbox"/> ⑦分類不能 <input type="checkbox"/> ⑧Tx 2) <input type="checkbox"/> ①P0 <input type="checkbox"/> ②P1 <input type="checkbox"/> ③分類不能 <input type="checkbox"/> ④Px <input type="checkbox"/> ①H0 <input type="checkbox"/> ②H1 <input type="checkbox"/> ③分類不能 <input type="checkbox"/> ④Hx <input type="checkbox"/> ①N0 <input type="checkbox"/> ②N1 <input type="checkbox"/> ③N2 <input type="checkbox"/> ④N3 <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥Nx <input type="checkbox"/> ①M0 <input type="checkbox"/> ②M1 <input type="checkbox"/> ③Mx <input type="checkbox"/> ①CY0 <input type="checkbox"/> ②CY1 <input type="checkbox"/> ③CYx	
	c) Stage : <input type="checkbox"/> ① I A <input type="checkbox"/> ② I B <input type="checkbox"/> ③ II A <input type="checkbox"/> ④ II B <input type="checkbox"/> ⑤ III A <input type="checkbox"/> ⑥ III B <input type="checkbox"/> ⑦ III C <input type="checkbox"/> ⑧ IV <input type="checkbox"/> ⑨不明	
10) 組織所見	a) 進達度 : <input type="checkbox"/> ①m <input type="checkbox"/> ②sm <input type="checkbox"/> ③ mp <input type="checkbox"/> ④ ss <input type="checkbox"/> ⑤ se <input type="checkbox"/> ⑥ si <input type="checkbox"/> ⑦検索中 <input type="checkbox"/> ⑧不明	
	b) 組織型 : <input type="checkbox"/> ①pap <input type="checkbox"/> ② tub1 <input type="checkbox"/> ③ tub2 <input type="checkbox"/> ④ por1 <input type="checkbox"/> ⑤ por2 <input type="checkbox"/> ⑥ por(1, 2不明) <input type="checkbox"/> ⑦ muc <input type="checkbox"/> ⑧ sig <input type="checkbox"/> ⑨特殊型 <input type="checkbox"/> ⑩不明 量的に優勢な組織像を記入してください。	
備 考	多発がんの場合は、主病巣については上記に記入し、他の病巣の7. 8. 9. 10の項目については備考に記入してください。	