

(秘)秋田県 大腸がん調査票

実施主体名					
受診番号			検診月日	年 月 日	
氏名		性別	生年月日	年 月 日	(発見時: 歳)
住所	()				
一次検診施設名			検査方法		
二次検診施設名			精検方法		
治療施設名			主治医名		
検診歴	<input type="checkbox"/> ①あり <input type="checkbox"/> ②なし <input type="checkbox"/> ③不明				

あてはまる□にはレ印を、また()内には記入をお願いします。

I 治療	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内視鏡的ポリペクトミー <input type="checkbox"/> ④内視鏡的粘膜切除術(EMR) <input type="checkbox"/> ⑤内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) <input type="checkbox"/> ⑥無治療 <input type="checkbox"/> ⑦その他() <input type="checkbox"/> ⑧不明
	b) 手術: <input type="checkbox"/> ①結腸切除 <input type="checkbox"/> ②直腸切除(肛門温存) <input type="checkbox"/> ③直腸切断(人工肛門造設) <input type="checkbox"/> ④その他()
	c) 手術治療後の癌遺残: <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、腹腔鏡下手術の場合)
	d) 手術年月日(ポリペクトミー、粘膜切除を含む): 平成 年 月 日
II 癌病巣の数	<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その他()
III 癌病巣の部位	<input type="checkbox"/> ①P(肛門管) <input type="checkbox"/> ②R <input type="checkbox"/> ③RS <input type="checkbox"/> ④S <input type="checkbox"/> ⑤D <input type="checkbox"/> ⑥T <input type="checkbox"/> ⑦A <input type="checkbox"/> ⑧C <input type="checkbox"/> ⑨V
IV 肉眼的形態分類	1) 0型 <input type="checkbox"/> ①I p <input type="checkbox"/> ②I sp <input type="checkbox"/> ③I s <input type="checkbox"/> ④II a <input type="checkbox"/> ⑤II a+II c <input type="checkbox"/> ⑥II b <input type="checkbox"/> ⑦II c <input type="checkbox"/> ⑧その他()
	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
V 肉眼的所見	a) 大きさ: (長径) mm × (短径) mm (単位にご注意ください。)
	b) 環周度: <input type="checkbox"/> ①1/3以下 <input type="checkbox"/> ②1/2以下 <input type="checkbox"/> ③3/4以下 <input type="checkbox"/> ④3/4以上 <input type="checkbox"/> ⑤全周
	c) 進行程度: 1) <input type="checkbox"/> ①Tis(M) <input type="checkbox"/> ②T1(SM) <input type="checkbox"/> ③T2(MP) <input type="checkbox"/> ④T3(SS, A1) <input type="checkbox"/> ⑤T4a(SE, A2) <input type="checkbox"/> ⑥T4b(Si, Ai) <input type="checkbox"/> ⑦不明 2) <input type="checkbox"/> ①P ₀ <input type="checkbox"/> ②P ₁ <input type="checkbox"/> ③P ₂ <input type="checkbox"/> ④P ₃ <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥不明 3) <input type="checkbox"/> ①H ₀ <input type="checkbox"/> ②H ₁ <input type="checkbox"/> ③H ₂ <input type="checkbox"/> ④H ₃ <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥不明 4) <input type="checkbox"/> ①N ₀ (-) <input type="checkbox"/> ②N ₁ (+) <input type="checkbox"/> ③N ₂ (+) <input type="checkbox"/> ④N ₃ (+) <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥不明 5) <input type="checkbox"/> ①M(-) <input type="checkbox"/> ②M(+) <input type="checkbox"/> ③不明 6) <input type="checkbox"/> ①PUL ₀ <input type="checkbox"/> ②PUL ₁ <input type="checkbox"/> ③PUL ₂ <input type="checkbox"/> ④分類不能 <input type="checkbox"/> ⑤不明
	d) Stage: <input type="checkbox"/> ①0 <input type="checkbox"/> ②I <input type="checkbox"/> ③II <input type="checkbox"/> ④III a <input type="checkbox"/> ⑤III b <input type="checkbox"/> ⑥IV <input type="checkbox"/> ⑦不明
VI 組織学的所見	a) 深達度: <input type="checkbox"/> ①Tis(M) <input type="checkbox"/> ②T1(SM) <input type="checkbox"/> ③T2(MP) <input type="checkbox"/> ④T3(SS, A1) <input type="checkbox"/> ⑤T4a(SE, A2) <input type="checkbox"/> ⑥T4b(Si, Ai) <input type="checkbox"/> ⑦その他
	b) Dukes分類: <input type="checkbox"/> ①A <input type="checkbox"/> ②B <input type="checkbox"/> ③C <input type="checkbox"/> ④D <input type="checkbox"/> ⑤その他()
	c) 転移の有無: 1) リンパ節転移: <input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり() 2) 遠隔転移: <input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②あり()
	d) 組織型: <input type="checkbox"/> ①pap <input type="checkbox"/> ②tub1 <input type="checkbox"/> ③tub2 <input type="checkbox"/> ④por <input type="checkbox"/> ⑤muc <input type="checkbox"/> ⑥sig <input type="checkbox"/> ⑦その他 <input type="checkbox"/> ⑧不明 量的に優勢な組織像を記入してください。
VII 備考	a) 深達度がTisの場合のみ ca in adenomaの有無: <input type="checkbox"/> ①あり <input type="checkbox"/> ②なし <input type="checkbox"/> ③不明
	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III.IV.V.VI項目については備考に記入してください。