

放射線治療申込書

医療機関	名称	診療科	主治医名	
貴院患者ID		性別	生年月日	
(フリガナ) 姓・名				
住所	〒			
放射線治療の 目的及び治療 部位				
診断名	左右 <small>両側臓器のみ記載</small>	1 右 2 左 3 両側	病理診断名 (組 織診、細胞診) 詳細 をお願いします	
	部位 <small>臓器名と詳細部位</small>	(例 胃U, 肺S2, など)		
	部位コード <small>(ICD-O-3)</small>	C - <small>白血病は「骨髄」、悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記</small>	病理診断コード <small>(ICD-O-3)</small>	M -
診断情報	初発・再発	1 初発 2 再発・治療開始後 3 疑い例		
	診断根拠 <small>(複数回答可)</small>	1 原発巣の組織診 2 転移巣の組織診 3 細胞診 4 部位特異的腫瘍マーカー 5 臨床検査 6 臨床診断	患者の全経過を通じて、がん と診断する根拠となった検査に○ (初回治療前の診断に限定しな い)	
	診断日	0 西暦 1 昭和 年 月 日 2 平成	再発・治療開始後の場合は、初めて診断さ れた日が分かればご記入ください	
	発見経緯	1 がん検診 2 健診・人間ドック 3 他疾患の経過観察中 4 剖検 9 その他・不明(自覚症状も含む)		
病期 <small>・手術施行の場合 術後評価を優先 ・術前化学・放射 線治療後手術の場 合は術前評価を優 先</small>	病巣の拡がり	0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明		
	UICC TNM	T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> ステージ <input type="text"/>	UICC第7版に基づいて ご記入ください	
	その他	深達度、腫瘍径など病巣の拡がりの判定に役立つ情報があれば、ご記入ください。		
治療法 <small>貴院における初回 の一連の治療につ いてすべてご記入 ください。</small>	観血的治療	1 手術	1 有(術式) 2 無	
		2 体腔鏡的(胸腔鏡・腹腔鏡)	1 有() 2 無	
		3 内視鏡的	1 有() 2 無	
		上記治療を総合した治療結果	1 治癒切除 2 非治癒切除 3 治癒度不明 4 姑息・対症療法 9 不詳	
	その他の 治療	1 放射線	1 有(部位 線量) 2 無	
		2 化学療法	1 有() 2 無	
3 免疫療法		1 有() 2 無		
4 内分泌療法		1 有() 2 無		
9 その他 ()				
併用療法	(併用療法がありましたらご記入ください。)			
備考	(患者の紹介先、病状等参考になる事項がありましたらご記入ください。)			