

診療情報提供書

市立函館病院

がんゲノム医療外来 畑中 一映 先生 御机下

住 所

医療機関名

電話番号

医師名

FAX

科

【患者基本情報】

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	昭 ・ 平 ・ 令	
患者氏名		旧姓 ()		年	月
患者住所	〒		電話番号	自宅	- -
				携帯	- -

【治療情報】

病理診断名						
臨床診断名						
診 断 日 西暦()年()月()日						
TNM分類(UICC)	T ()	N ()	M ()	○ 不明	○ 分類なし	
ステージ	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 再発	○ 不明 ○ 分類なし
初回治療前のステージ (再発症例のみ)	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4	○ 不明	○ 分類なし
これまでの治療						
残された治療						
既 往 歴						

家 族 歴	○ あり ○ なし ○ 不明		
詳細①	続柄 ()	詳細②	続柄 ()
	がん腫 ()		がん腫 ()
	罹患年齢 () 歳		罹患年齢 () 歳
詳細③	続柄 ()	詳細④	続柄 ()
	がん腫 ()		がん腫 ()
	罹患年齢 () 歳		罹患年齢 () 歳
喫 煙 歴	○ あり ○ なし ○ 不明 (※ありの場合 本 / 日 年間)		
飲 酒 歴	○ あり ○ なし ○ 不明		
ECOG PS	○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 不明		
胃カメラ実施歴	○ あり ○ なし		
ポリープの有無	○ あり ○ なし ※ありの場合ポリープの個数() 個		
大腸カメラ実施歴	○ あり ○ なし		
ポリープの有無	○ あり ○ なし ※ありの場合ポリープの個数() 個		