

診療情報提供書

市立函館病院

消化器内科 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 日 歳
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	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明 (※ありの場合	本 / 日	年間)
飲酒歴	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明		
ECOG PS	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 不明
胃カメラ実施歴	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし			
ポリープの有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	※ありの場合ポリープの個数() 個		
大腸カメラ実施歴	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし			
ポリープの有無	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	※ありの場合ポリープの個数() 個		