

主治医:			ID:
フリガナ 氏名	大正 生年月日 昭和 年 月 日 平成	年齢 歳 ヶ月	性別
現住所		TEL	
【臨床診断】		【病気分類】再発症例の場合は記載は不要です。 *TNM 分類(UICC) <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> p - T ___ N ___ M ___ :Stage ___ *その他病期分類を用いる場合は以下に記入を。 ・癌取扱い規約: 年版 ・その他の分類() <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> p - _____ :Stage ___ *c=臨床的 p=組織学的病期分類として下さい。 (いずれかにチェックを)	
【病理診断】 (標本番号 - - ,採取日 年 月 日)			
診断名:			
所見:			
【病歴】			
【手術所見】 (手術日: 年 月 日) *今回の放射線治療に関係しない場合は記載不要です。			
【既往の放射線治療】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 :施設名)			

疾患名:

*今回の治療対象でない患者についても、放射線治療の既往がありましたら御教示下さい。

【現在の病変の状況】

原発巣:

所属リンパ節:

遠隔転移:

【患者本人への説明】 *必ずご記入下さい。

【放射線治療への希望、予定されている併用治療、特記すべき既往歴、などがありましたらご記入下さい。】