

# 癌・難治性疾患外来 事前調査票

患者さんの状態を教えてください。肺癌の患者さんについては※もご記入ください。

<意思表示>  ひとりでできる     ひとりでできる時とできない時がある     ひとりでできない  
 <移動> 自立- 独歩、 杖・歩行器、 車椅子を自分で操作    要介助- 車椅子、 ストレッチャー  
 <食事>  経口摂取可     経口摂取困難（栄養補助食品の使用  有     無）     経口摂取不可  
 <日常生活> PS  0     1     2     3     4

|                                 |             |   |                                   |   |  |
|---------------------------------|-------------|---|-----------------------------------|---|--|
| 患者氏名                            |             |   |                                   |   |  |
| 診断名                             |             | (病期 )   |                                   |   |  |
|                                 |             | 転移の有無   |                                   |   |  |
| T<br>N<br>M<br>分<br>類           | T           | <input type="checkbox"/> T1   | <input type="checkbox"/> T2       | <input type="checkbox"/> T3 (S, RP, DU, CH) | <input type="checkbox"/> T4 (PV, A, PL, 00) <input type="checkbox"/> TX (不明) |
|                                 | N           | <input type="checkbox"/> N0   | <input type="checkbox"/> N1       | <input type="checkbox"/> N2                 | <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> NX (不明)                 |
|                                 | M           | <input type="checkbox"/> M0   | <input type="checkbox"/> M1       | <input type="checkbox"/> MX (不明)            |  |
| 既往歴                             |             |   |                                   |   |  |
| 家族歴                             |             |   |                                   |   |  |
| 現<br>在<br>の<br>治<br>療<br>内<br>容 | 化学療法        | (最終投与日                      年                      月                      日)  |                                   |   |  |
|                                 | 放射線治療       |   |                                   |   |  |
|                                 | その他<br>内服処方 |   |                                   |   |  |
| 治<br>療<br>歴                     | 術式          |   |                                   |   |  |
|                                 | 化学療法        |   |                                   |   |  |
|                                 | 放射線治療       |   |                                   |   |  |
| 治療期間                            |             |   |                                   |   |  |
| 組織学的所見                          |             |   |                                   |   |  |
| 画像所見                            |             |   |                                   |   |  |
| 治療反応性を示す<br>腫瘍マーカー              |             |   |                                   |   |  |
| 血液検査データ                         |             | Alb                      g/dl, 空腹時血糖                      mg/dl, CRP                      mg/dl, Cr                      mg/dl                            |                                   |   |  |
|                                 |             | eGFR                      ml/min/1.73m <sup>2</sup> , AST                      IU/l, ALT                      IU/l, $\gamma$ GTP                      U/l |                                   |   |  |
|                                 |             | (採血施行日                      年                      月                      日)  |                                   |   |  |
| ※肺癌の組織型                         |             | <input type="checkbox"/> 腺がん  | <input type="checkbox"/> 扁平上皮がん   | <input type="checkbox"/> 大細胞がん              | <input type="checkbox"/> その他   |
| ※ドライバー遺伝子                       |             | <input type="checkbox"/> 変異なし   | <input type="checkbox"/> EGFR 遺伝子 | <input type="checkbox"/> BRAF 遺伝子           | <input type="checkbox"/> ALK 融合遺伝子 <input type="checkbox"/> ROS1 融合遺伝子       |