

KCOG-G1101 治療前報告書 ①

施設名	科名	担当医師名
患者イニシャル	登録番号	
(姓) (名)		
記入責任者	記入日	
	20 年 月 日	

**Disease Information**

臨床進行期(FIGO)	<input type="checkbox"/> Ib1期 <input type="checkbox"/> Ib2期 <input type="checkbox"/> IIa期 <input type="checkbox"/> その他( )		
血清SCC値	_____ ng/mL	: 検査日: 20 年 月 日	
腫瘍径	_____ mm (by MRI)	: 検査日: 20 年 月 日	

**Medical History**

Medical History	現在の治療の有無	
1	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

**Surgical Report**

手術日	20 年 月 日	術式	<input type="checkbox"/> 広汎子宮全摘術 <input type="checkbox"/> その他( )	
pTNM	T( ) N( ) M( ) → Location(M1) [ _____ ]			
腹水の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	腹水細胞診	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陽性疑い <input type="checkbox"/> 未施行	
摘出リンパ節数	( ) 個			

**Pathology Report**

子宮傍組織浸潤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側			
Histological margin	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 → <input type="checkbox"/> 腔断端 <input type="checkbox"/> その他( )			
間質浸潤	<input type="checkbox"/> 50%未満 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 100%			
脈管侵襲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
腔壁浸潤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
付属器転移	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
リンパ節転移個数	<input type="checkbox"/> 1個 <input type="checkbox"/> 2個 <input type="checkbox"/> 3個 <input type="checkbox"/> 4個 <input type="checkbox"/> 5個以上			
リンパ節転移部位	( ) 節、 ( ) 節、 ( ) 節、 ( ) 節、 ( ) 節			

**コメント**