

SSM登録番号

SSM治療登録書

記載年月日 平成 年 月 日

患者氏名 (フリガナ)

1 男
2 女

生年月日 昭平 年 月 日
SMM投与開始時期 SSM投与開始時の年齢 才

手術年月日 昭平 年 月 日
手術施設名 住所 〒
Tel

担当医 病(医)院名 住所 〒
Tel

㊦

A 診断名 (確定診断: 昭平 年 月 日)

01	胃癌	11	上咽	顎頭癌	21	悪性黒色腫瘍
02	肺腸癌	12	肝臓	喉頭癌	22	腸癌
03	腸癌	13	膀胱	癌	23	多発性骨腫瘍
04	乳癌	14	膵臓	癌	24	管立合状下血
05	子宮頸癌	15	皮膚	癌	25	前尿流甲腎白
06	食道癌	16	膵臓	癌	26	癌
07	胆管癌	17	膵臓	癌	27	癌
08	胆管癌	18	膵臓	癌	28	癌
09	胆管癌	19	膵臓	癌	29	癌
10	胆管癌	20	膵臓	癌	30	癌
					31	癌

B 組織型 (確認方法: 1 生検 2 細胞診 3 剥離標本 4 その他)

01	腺癌	12	胆管癌	31	骨髄性白血病
02	扁平上皮癌	13	移行上皮癌	32	骨髄性白血病
03	腺癌	14	移行上皮癌	33	骨髄性白血病
04	腺癌	15	移行上皮癌	34	骨髄性白血病
05	腺癌	16	移行上皮癌	35	骨髄性白血病
06	腺癌	17	移行上皮癌	36	骨髄性白血病
07	腺癌	18	移行上皮癌	37	骨髄性白血病
08	腺癌	19	移行上皮癌	38	骨髄性白血病
09	腺癌	20	移行上皮癌	39	骨髄性白血病
10	腺癌	21	移行上皮癌	40	骨髄性白血病
11	腺癌	22	移行上皮癌	41	骨髄性白血病
12	腺癌	23	移行上皮癌	42	骨髄性白血病
13	腺癌	24	移行上皮癌	43	骨髄性白血病
14	腺癌	25	移行上皮癌	44	骨髄性白血病
15	腺癌	26	移行上皮癌	45	骨髄性白血病
16	腺癌	27	移行上皮癌	46	骨髄性白血病
17	腺癌	28	移行上皮癌	47	骨髄性白血病
18	腺癌	29	移行上皮癌	48	骨髄性白血病
19	腺癌	30	移行上皮癌	49	骨髄性白血病
20	腺癌	31	移行上皮癌	50	骨髄性白血病

H SSM投与前の治療・投与開始時期の確認

(2) 回目以降の治療法)

11	切除	31	再発
12	非切除	32	再燃
13	非切除	39	再燃・再燃不明
19	区分不明		

*補助化学療法等を含む

21	放射線療法	41	手術療法
22	化学療法	42	放射線療法
23	免疫療法	43	免疫療法
24	併用療法	44	免疫療法
25	併用療法	45	免疫療法
26	併用療法	46	免疫療法
29	併用療法	47	免疫療法
		48	免疫療法
		49	免疫療法

① ② ③ ④ ⑤

C ステージ (1 肉眼的 2 組織学的)

D リンパ節転移

E 多臓器への転移

F 投与開始直前の一般状態 (裏面参照)

PS 0	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4
------	------	------	------	------

1) SSMの投与開始時期について、①~⑤のいずれかに○印をおつけ下さい。
 ロ) 初回治療について、11~29のいずれかに○印をおつけ下さい。
 ハ) 再燃・再燃について、31~39のいずれかに○印をおつけ下さい。
 ニ) 2回目以降の治療について、41~49のいずれかに○印をおつけ下さい。
 □内にはご記入にならないで下さい。
 不明の場合は不明の項目に○印をおつけ下さい。
 ご多忙中恐縮ですが、ご協力下さいますようお願いいたします。

I SSM投与前の他の治療法

A 放射線療法

B 化学療法

C N U

J SSM投与前の高カロリー輸液 (IVH)

1 あり () 0 なし () 9 不明