

## 診療情報共有書(診療情報提供書) (大腸がん)

	作 成 日	年 月 日
作成者	病 院 名	
	医 師 名	

### 入 院 治 療

入 院 期 間	入 院 日	年 月 日
	退 院 日	年 月 日

治 療 方 法	有 無 (有りの場合は具体的内容)	施 行 日	
観血的治療	外科的治療 <input type="checkbox"/> 無	術式 年 月 日施行	
	内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> 無	術式 年 月 日施行	
	そ の 他 <input type="checkbox"/> 無	術式 年 月 日施行	
非観血的治療	放射線治療 <input type="checkbox"/> 無	照射野 総線量 Gy 年 月 日 ~ 年 月 日	
	化学療法 <input type="checkbox"/> 無	プロトコール × ( ) 回 年 月 日 ~ 年 月 日	
	そ の 他 <input type="checkbox"/> 無	内 容	年 月 日施行
		内 容	年 月 日施行

\* 各項目とも、最新の治療のみを記載してください。なお、過去の治療は退院サマリーに記載してください。

\* 治療歴がない場合には、必ず、「無」にチェックをしてください。

### 診 断 情 報

臨床診断名	
組織型	
T N M 分類	T( ) N( ) M( )
初 発 ・ 再 発	<input type="checkbox"/> 初発 <input type="checkbox"/> 再発
病期分類 (Stage)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV
原 発 巣	<input type="checkbox"/> 切除 <input type="checkbox"/> 残
転 移 巣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	部 位 : <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> その他( )
合 併 症	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有( )

《治療内容等については、退院サマリーのとおり》