

北大病院がん遺伝子診断部紹介時に記載をお願いいたします。

北海道大学病院 がん遺伝子診断部 FAX (011) 706-8522

患者名 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病理診断名			
診断日	西暦 () 年 () 月 () 日		
ステージ	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 術後再発 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明		
喫煙歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		
	喫煙年数 () 年	1日の本数 () 本	
アルコール多飲歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		
ECOG PS	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 不明		
重複がん	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		
	有の場合部位 ()		
	活動性	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	
多発がん	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		
	有の場合部位 ()		
	活動性	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明	
家族歴	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明		
	詳細①	続柄 ()	
		癌腫 ()	<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢 () 歳	<input type="checkbox"/> 不明
	詳細②	続柄 ()	
		癌腫 ()	<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢 () 歳	<input type="checkbox"/> 不明
	詳細③	続柄 ()	
		癌腫 ()	<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢 () 歳	<input type="checkbox"/> 不明
	詳細④	続柄 ()	
		癌腫 ()	<input type="checkbox"/> 不明
		罹患年齢 () 歳	<input type="checkbox"/> 不明
	詳細⑤	続柄 ()	
		癌腫 ()	<input type="checkbox"/> 不明

