

氏名 _____ 様 _____

手術情報:			
患側	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	
手術(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 温存術	<input type="checkbox"/> 切除術	
	<input type="checkbox"/> センチネルリンパ節生検	<input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節郭清	
年齢(手術時)	_____ 歳		
閉経状況	<input type="checkbox"/> 閉経前	<input type="checkbox"/> 閉経後	
放射線治療	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
乳房再建	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	

診断結果:			
腫瘍の大きさ	_____ cm		
センチネルリンパ節転移	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	
腋窩リンパ節転移の個数	_____ 個	_____ 個中	
脈管侵襲(リンパ管)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
脈管侵襲(血管)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
核グレード	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
エストロゲン(ER)	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	
プロゲステロン(PR)	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	
HER2	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	
HER2-FISH	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	
Ki67 (_____ %)	<input type="checkbox"/> 低値	<input type="checkbox"/> 高値	

サブタイプ	
<input type="checkbox"/>	Luminal A
<input type="checkbox"/>	Luminal B HER2陽性
<input type="checkbox"/>	Luminal B HER2陰性
<input type="checkbox"/>	HER2陽性(non luminal)
<input type="checkbox"/>	Basal like

術後治療方針:		
化学療法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
ハーセプチン治療	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
ホルモン療法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり