

## OTS-アッセイ 診療情報提供書

岩手医科大学附属病院

臨床腫瘍科

先生

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

患者	ふりがな				職業	
	氏名					
	生年月日	西暦	年	月	日生 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
岩手医科大学附属病受診歴		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

病名	
----	--

臨床病期分類	TNM分類 (UICC第 版) :	Stage:
検体の種類	<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 切除生検 <input type="checkbox"/> EMR, ESD <input type="checkbox"/> 手術検体	
病理検体送付	<input type="checkbox"/> 可 ( <input type="checkbox"/> 未染標本 <input type="checkbox"/> パラフィンブロック) <input type="checkbox"/> 不可	
病理診断名		
診断日	西暦 年 月 日	
重複がん	無 : 有 : 不明	部位
手術	術式名 :	
	術日 (または手術予定日) :	
治療内容	(例: 薬物療法はレジメン名または投薬薬剤名、期間について、放射線治療は照射部位、期間など) 退院時サマリを添付していただいても構いません。	
その後の治療	他院にて継続治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	