

## 15. 熊本がん診療専門医育成プログラム受持患者病歴要約

日本臨床腫瘍学会専門医受け持ち患者病歴要約に準じる。

---

No. \_\_\_\_\_ 臓器・領域名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_  
診療期間 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
患者年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

転帰：治癒 軽快 転科(手術 有・無) 不変 死亡(剖検 有・無)

フォローアップ：外来にて 他医へ依頼 転院

---

確定診断名(主病名および副病名)

#1.

#2.

#3.

---

【主訴】

【既往歴】

【家族歴】

【生活歴】

【現病歴】

【主な身体診察所見】

【主要な検査所見】

---

【経過】(化学療法についてはその内容、投与量、スケジュール、効果、副作用を記載する。臨床試験に登録された患者においてはその試験名を記載する。治験を含む)

【処方】

【考察】（検査や治療方針に関し腫瘍学教科書、文献等を引用する．またエビデンスレベルを記載することが望ましい）

記載者：現病院名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
指導医：病院名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印