

ステンシル名: 食道癌-治療前臨床検査

1  PS

治療開始時のPS:  0  1

2  身長

身長: \_\_\_\_\_ cm

3  体重

体重: \_\_\_\_\_ kg

4  白血球(WBC)

白血球 \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

5  好中球

好中球数 \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

6  血小板(PLT)

Plt \_\_\_\_\_ × 10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>

7  ヘモグロビン(Hb)

Hb \_\_\_\_\_ g/dl

8  総ビリルビン (T-Bil)

T-Bil \_\_\_\_\_ mg/dl

9  ALT(GPT)

ALT (GPT) \_\_\_\_\_ IU/l

10  AST(GOT)

AST (GOT) \_\_\_\_\_ IU/l

ステンシル名: 食道癌-治療前臨床検査

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 11                                      | <input type="text"/> Na            |
| Na _____ mEq/l                          |                                    |
| 12                                      | <input type="text"/> K             |
| K _____ mEq/l                           |                                    |
| 13                                      | <input type="text"/> 血清クレアチニン (Cr) |
| Cr _____ mg/dl                          |                                    |
| 14                                      | <input type="text"/> Ccr           |
| Ccr _____ ml/min (Cockcroft-Gault式の計算値) |                                    |
| 15                                      | <input type="text"/> CEA           |
| CEA _____ ng/ml                         |                                    |
| 16                                      | <input type="text"/> コメント          |
| コメント                                    |                                    |
| 17                                      | <input type="text"/> 体表面積          |
| 体表面積 _____ m <sup>2</sup>               |                                    |
| 18                                      | <input type="text"/> Alb           |
| Alb _____ g/dl                          |                                    |
| 19                                      | <input type="text"/> SCC           |
| SCC _____ ng/dl                         |                                    |
| 20                                      | <input type="text"/> 検査日           |
| 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日             |                                    |

ステンシル名: 食道癌-治療前臨床検査

21

項目ラベル(治療前データ)

<治療開始前のデータ>

22

項目ラベル(手術前検査)

手術前検査

ステンシル名:食道癌-患者背景

1

ページタイトル(治療前報告1)

## 治療前報告1

2

注釈(郵送期限)

登録後14日以内に事務局へ郵送

3

組織型

組織型:  扁平上皮癌  腺扁平上皮癌

4

原発部位

原発部位:  Ut  Mt  Lt

5

転移部位

転移部位:  肝  肺  リンパ節  その他 → ( )

6

肉眼的な病型分類

肉眼的な病型分類:  0型  1型  2型  3型  4型  5型

7

TNM分類(第6版)

TNM分類(第6版): cT    cN    cM   0  

8

TNM分類(第6版)  
)\_Stage

cStage(  II A  II B  III )

9

TNM分類(第7版)

TNM分類(第7版): cT    cN    cM   0  

10

TNM分類(第7版)  
)\_Stage

cStage(  II A  II B  III A  III B  III C )

ステンシル名:食道癌-患者背景

11

手術

手術:  なし  あり → (術式 手術日 / / )

12

補助化学療法

補助化学療法:  なし  あり → (レジメン (開始日 / / ~ 終了日 / / ) )

13

放射線療法

放射線治療:  なし  あり → (部位 線量 (開始日 / / ~ 終了日 / / ) )

14

合併症

合併症:  なし  あり → ( )

15

既往歴

既往歴:  なし  あり → ( )

16

尿蛋白定性

尿蛋白定性: ( - ± 1+ 2+ 3+ )

17

尿糖定性

尿糖定性: ( - ± 1+ 2+ 3+ )

18

HBs-Ag

HBs-Ag:  陰性(-)  陽性(+)

19

HCV-Ab

HCV-Ab:  陰性(-)  陽性(+)

20

12誘導心電図

12誘導心電図:  異常なし  異常あり (所見 )

ステンシル名: 食道癌-患者背景

21

胸部X-P

胸部X-P:  異常なし  異常あり (所見 )

22

コメント

コメント

23

ページタイトル(治療前報告2)

## 治療前報告2

24

項目ラベル(治療前の評価)

<治療開始前の評価>

25

項目ラベル(標的病変)

標的病変

26

注釈(標的病変)

・10mm以下スライスCTで長径20mm以上の測定可能病変から長径の大きい順に5個まで選択。  
 ・原発巣は測定不能病変であり、標的病変とはしない。

27

測定可能病変の有無

測定可能病変の有無  なし  あり

28

測定可能病変

|     | 部位                                     | 腫瘍径(長径)(mm) | CTスライス幅 | 検査日         |
|-----|--|-------------|---------|-------------|
| TL1 | <input type="checkbox"/> リンパ節転移(コード: ) | mm          | mm      | 西暦<br>年 月 日 |
| TL2 | <input type="checkbox"/> リンパ節転移(コード: ) | mm          | mm      |             |
| TL3 | <input type="checkbox"/> リンパ節転移(コード: ) | mm          | mm      |             |
| TL4 | <input type="checkbox"/> リンパ節転移(コード: ) | mm          | mm      |             |
| TL5 | <input type="checkbox"/> リンパ節転移(コード: ) | mm          | mm      |             |

29

全標的病変の長径和

測定可能病変の有無  なし  あり

ステンシル名: 食道癌-患者背景

30

項目ラベル(非標的病変)

非標的病変

31

注釈(非標的病変)

・標的病変として選択されなかった病変は全て非標的病変とする。

32

非標的病変

| 部位   | 検査日                |
|--|--------------------|
| NTL1. 原発巣                                  | 内視鏡検査日<br>西暦 年 月 日 |
| NTL2. <input type="checkbox"/> リンパ節(コード: ) | CT検査日<br>西暦 年 月 日  |
| NTL3. <input type="checkbox"/> リンパ節(コード: ) |                    |
| NTL4. <input type="checkbox"/> リンパ節(コード: ) |                    |
| NTL5. <input type="checkbox"/> リンパ節(コード: ) |                    |
| NTL6. <input type="checkbox"/> リンパ節(コード: ) |                    |
| NTL7. <input type="checkbox"/> リンパ節(コード: ) |                    |

33

ページタイトル(食道切除術前報告)

食道切除術前報告

34

化学放射線療法終了日

化学放射線療法終了日 年 月 日

35


食道切除術適格規

食道切除術適格基準

- ① 根治的切除が可能と判断される  はい  いいえ
- ② 手術予定の1週間以内に下記の検査項目をすべて満たしている  はい  いいえ
- ③ 患者本人から文章で手術の同意が得られている  はい  いいえ

ステンシル名: 食道癌-患者背景

36

 食道切除術適格規  
準検査

|                                 | Grade | 観察日 |
|---------------------------------|-------|-----|
| 肺臓炎(≤Grade1)                    |       | / / |
| 粘膜炎(診察所見)-口腔 (≤Grade2)          |       | / / |
| 粘膜炎(診察所見)-口腔 (≤Grade2)          |       | / / |
| 食道炎(≤Grade2)                    |       | / / |
| 下痢(≤Grade1)                     |       | / / |
| 皮疹(≤Grade2)                     |       | / / |
| G3-4の好中球減少を伴う感染(感染巣不明)(Grade0)  |       | / / |
| G3-4の好中球減少を伴う感染(臨床的に確認)(Grade0) |       | / / |
| G0-2の好中球減少を伴う感染(Grade0)         |       | / / |
| 発熱                              |       | / / |



ステンシル名: 食道癌-手術所見

1

手術日

手術日 西暦 201 年 月 日

2

手術時間

手術時間 時間 分

3

リンパ節郭清程度

リンパ節郭清程度  D0  D1  D2  D3  DX

4

合併切除の臓器

合併切除臓器  なし  あり (臓器: )

5

腫瘍径

腫瘍径 長径 . cm × 短径 . cm

6

多発病巣(副病巣)

多発病巣(副病巣)  なし  あり

7

食道への進入路

食道への進入路  右開胸  左開胸  非開胸抜去  開腹のみ  鏡視下  その他

8

手術の種類

手術の種類  一期手術  分割手術  非切除術  その他( )

9

到達法

到達法  頸部  左開胸  右開胸  開腹  右胸腹連続  左胸腹連続  
 内視鏡  胸腔鏡  縦隔鏡  腹腔鏡  経食道裂孔  胸骨縦切開  
 その他( )

10

食道の切除範囲

食道の切除範囲  全摘  亜全摘  中下部切除  下部切除  部分切除  粘膜切除  
 その他( )

ステンシル名:食道癌-手術所見

11

再建経路

再建経路

- 胸壁前     胸骨後     後縦隔     右胸腔内     左胸腔内     その他

12

術中の出血量

術中の出血量(閉腹までのカウント)     ml

13

術中～術後3日までの輸血

術中～術後3日目までの輸血

自己血  
全血  
赤血球  
その他

- なし     あり →  
 なし     あり →  
 なし     あり →  
 なし     あり →

内容    ml 単位  
   単位  
   単位

14

術中合併症

| 検査項目       | Grade |
|------------|-------|
| 術中損傷       | —     |
| -反回喉頭神経    |       |
| -気管        |       |
| -気管支       |       |
| -肺         |       |
| -胸管        |       |
| -肝         |       |
| 術中損傷-血管    | —     |
| -大動脈       |       |
| -臓器の主要な動脈  |       |
| -下大動脈      |       |
| 血栓症/血栓/塞栓症 |       |
| アレルギー反応    |       |
| 心臓虚血/心筋梗塞  |       |

15

術中合併症\_その他

|  |  | コメント |
|--|--|------|
|  |  |      |
|  |  |      |

16

病型分類

病型分類

- 0型     1型     2型     3型     4型     5型  
 0-I型 →  0-I p     0-I s  
 0-II型 →  0-II a     0-II b     0-II c  
 0-III型

ステンシル名: 食道癌-手術所見

17

近位(口側)切離断端

近位(口側)切離断端  PM0 →  .  mm  PM1  PMX

18

遠位(肛門側)切離断端

遠位(肛門側)切離断端  DM0 →  .  mm  DM1  DMX

19

深部切離断端

深部切離断端  RM0  RM1  RMX

20

壁内転移

壁内転移  IM0  IM1  IMX

21

腫瘍の遺残

がん遺残度  R0  R1  R2  RX

22

根治度

根治度  根治度A  根治度B  根治度C

23

TNM分類

TNM分類

T:  T0  T1a  T1b  T2  T3  T4  TX

T1a-EP  SM1  
 T1a-LPM  SM2  
 T1a-MM  SM3

N:  N0  N1  N2  N3  N4  NX

M:  M0  M1  MX

Stage:  0  I  II  III  IVa  IVb

24

TNM分類  
\_T\_T1b\_SM3距離

SM癌の場合  
粘膜筋板下縁からの距離

\_\_\_\_\_ μm

ステンシル名:食道癌-手術所見

25

コメント

コメント

26

項目ラベル(術中合併症)

術中合併症 ・手術中に観察されたGradeを記入(Grade0の場合は、"0"と記入)

27

注釈(術中合併症  
その他)

上記以外で観察された術中合併症をCTCAEの「Short Name」で記入

28

ページタイトル(手術所見記録1)

## 手術所見記録1

29

ページタイトル(手術所見記録2)

## 手術所見記録2

30

項目ラベル(手術病理所見)

手術病理所見(食道癌取り扱い規約第10版による)

31

注釈(郵送期限)

術後2週以内に事務局へ郵送

ステンシル名:食道癌-化学療法(2)\_径口剤

1  治療開始日(1コース)

1 化学療法 1コース治療開始日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

2  投与量(1コース)

投与量: 5FU持続静注 \_\_\_\_\_ mg/body ( 1000mg/m<sup>2</sup> ) × \_\_\_\_\_ 日  
 CDDP静注 \_\_\_\_\_ mg/body ( 75mg/m<sup>2</sup> )

3  減量の有無

減量の有無  なし  あり →  血液毒性  
 非血液毒性  
 その他( \_\_\_\_\_ )

4  延期の有無

延期の有無  なし  あり →  血液毒性  
 非血液毒性  
 その他( \_\_\_\_\_ )

5  支持療法の有無

G-CSF投与の有無:  なし  あり →  1コース目  2コース目  
 濃厚赤血球輸血の有無:  なし  あり →  1コース目  2コース目  
 血小板輸血の有無:  なし  あり →  1コース目  2コース目

6  コメント

コメント

7  中止の有無

中止の有無  なし  あり →  血液毒性  
 非血液毒性  
 その他( \_\_\_\_\_ )

8  ページタイトル

化学放射線療法記録用紙

ステンシル名: 食道癌-化学療法(2)\_径口剤

9

注釈(治療開始日  
補足)

\*途中中止の場合、実投与量を記載願います。

10

項目ラベル(ページ  
タイトル補足)

プロトコール治療終了(中止)後2週以内に事務局へ郵送

11

治療開始日(2コー  
ス)

2 化学療法 2コース治療開始日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

12

投与量(2コース)

投与量: 5FU持続静注 \_\_\_\_\_ mg/body ( \_\_\_\_\_ mg/m<sup>2</sup> ) × \_\_\_\_\_ 日  
CDDP静注 \_\_\_\_\_ mg/body ( \_\_\_\_\_ mg/m<sup>2</sup> )

ステンシル名: 食道癌-放射線療法

13

照射期間

3 放射線治療開始日: \_\_\_\_\_ 年 月 日  
放射線治療終了日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

14

休止の有無

休止の有無:  なし  あり : 2回以上休止した場合はコメント欄に記入してください。

15

休止日

休止日1 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
休止日2 \_\_\_\_\_ 年 月 日

16

休止理由

休止の理由1: ( \_\_\_\_\_ )  
休止の理由2: ( \_\_\_\_\_ )

17

再開日

再開日1 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
再開日2 \_\_\_\_\_ 年 月 日

18

総線量

総線量: \_\_\_\_\_ Gy / \_\_\_\_\_ 回

|   |  |
|---|--|
| ステンシル名:食道癌-病理検査   |  |
| 1   | <input type="checkbox"/> ページタイトル(手術病理報告1)      |
| <b>手術病理報告1</b>  |  |
| 2   | <input type="checkbox"/> 注釈(郵送期限)              |
| 術後6週以内に事務局へ郵送   |  |
| 3   | <input type="checkbox"/> 項目ラベル(手術病理所見)(食道癌...) |
| 手術病理所見(食道癌癌取り扱い規約第10版による)   |  |
| 4   | <input type="checkbox"/> 主占居部位(食道癌取扱規約第10...)  |
| 主占居部位(ひとつ選択) <input type="checkbox"/> Ce <input type="checkbox"/> Ut <input type="checkbox"/> Mt <input type="checkbox"/> Lt <input type="checkbox"/> Ae  |  |
| 5   | <input type="checkbox"/> 腫瘍存在部位(食道癌取扱規約第...)   |
| 腫瘍存在部位 <input type="checkbox"/> Ce <input type="checkbox"/> Ut <input type="checkbox"/> Mt <input type="checkbox"/> Lt <input type="checkbox"/> Ae  |  |
| 6   | <input type="checkbox"/> 病理組織診断(食道癌取扱規約第...)   |
| 病理組織診断 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌-上皮内進展 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌-高分化型 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌-中分化型<br><input type="checkbox"/> 扁平上皮癌-低分化型 <input type="checkbox"/> 腺扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 類基底細胞癌<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| 7   | <input type="checkbox"/> 多発病巣(副病巣)(食道癌取扱規約...) |
| 多発病巣(副病巣) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |  |
| 8   | <input type="checkbox"/> 浸潤形式(食道癌取扱規約第10版)     |
| 浸潤形式 <input type="checkbox"/> INFa <input type="checkbox"/> INFb <input type="checkbox"/> INFc  |  |
| 9   | <input type="checkbox"/> 手術病理所見リンパ管侵襲(食道癌...)  |
| リンパ管侵襲 <input type="checkbox"/> ly0 <input type="checkbox"/> ly1 <input type="checkbox"/> ly2 <input type="checkbox"/> ly3  |  |



|   |  |
|---|--|
| ステンシル名: 食道癌-病理検査  |  |
| 9   | <input type="checkbox"/> 手術病理所見 静脈<br>侵襲(食道癌取扱規... |
| 静脈侵襲 <input type="checkbox"/> ly0 <input type="checkbox"/> ly1 <input type="checkbox"/> ly2 <input type="checkbox"/> ly3  |  |
| 10  | <input type="checkbox"/> 手術病理所見<br>_TNM分類(食道...    |
| TNM分類<br>T: <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TX<br><input type="checkbox"/> T1a-EP <input type="checkbox"/> SM1<br><input type="checkbox"/> T1a-LPM <input type="checkbox"/> SM2<br><input type="checkbox"/> T1a-MM <input type="checkbox"/> SM3<br>N: <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> NX<br>M: <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> MX<br>Stage: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb |  |
| 11  | <input type="checkbox"/> TNM分類<br>_T_T1b_SM3距離     |
| SM癌の場合<br>粘膜筋板下縁からの距離<br>_____ μm   |  |
| 12  | <input type="checkbox"/> 近位(口側)切離断<br>端(食道癌取扱規...  |
| 近位(口側)切離断端 <input type="checkbox"/> PM0 → <input type="text"/> . <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> PM1 <input type="checkbox"/> PMX  |  |
| 13  | <input type="checkbox"/> 遠位(肛門側)切離<br>断端(食道癌取扱規... |
| 遠位(口側)切離断端 <input type="checkbox"/> DM0 → <input type="text"/> . <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> DM1 <input type="checkbox"/> DMX  |  |
| 14  | <input type="checkbox"/> 深部切離断端(食<br>道癌取扱規約第...    |
| 深部切離断端 <input type="checkbox"/> RM0 <input type="checkbox"/> RM1 <input type="checkbox"/> RMX   |  |
| 15  | <input type="checkbox"/> 壁内転移の有無<br>(食道癌取扱規...     |
| 壁内転移 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |  |
| 16  | <input type="checkbox"/> 壁内転移の詳細<br>(食道癌取扱規...     |
| 壁内転移 <input type="checkbox"/> IM0 <input type="checkbox"/> IM1 <input type="checkbox"/> IMX   |  |

|  |   |
|--|---|
| ステンシル名:食道癌-病理検査  |   |
| 17   | <input type="checkbox"/> リンパ節郭清程度<br>(食道癌取扱規...)  |
| リンパ節郭清程度 <input type="checkbox"/> D0 <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> DX |   |
| 18   | <input type="checkbox"/> 手術病理所見 癌遺<br>残度(食道癌取扱... |
| がん遺残度 <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> RX                                |   |
| 19   | <input type="checkbox"/> 根治度(食道癌取<br>扱規約第10版)     |
| 根治度 <input type="checkbox"/> 根治度A <input type="checkbox"/> 根治度B <input type="checkbox"/> 根治度C  |   |
| 20   | <input type="checkbox"/> 項目ラベル(コメン<br>ト)          |
| コメント   |   |
| 21   | <input type="checkbox"/> ページタイトル(手<br>術病理報告2)     |
| <b>手術病理報告2</b>   |   |
| 22   | <input type="checkbox"/> 項目ラベル(病理組<br>織学的所見)      |
| <病理組織学的所見>   |   |
| 23   | <input type="checkbox"/> 注釈(病理組織学<br>的所見)(食道癌...  |
| 食道癌取扱い規約第10版による  |   |
| 24   | <input type="checkbox"/> 項目ラベル(組織学<br>的リンパ節転移の... |
| 組織学的リンパ節転移の有無  |   |
|  |   |

ステンシル名:食道癌-病理検査

25

組織学的リンパ節  
転移の有無(食道)

| リンパ節No.  | 郭清の有無                         | 郭清                          | 転移個数            | 郭清個数    |
|----------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------|
| 1        | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 2        | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 3        | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 7        | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 9        | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 19       | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 20       | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 101      | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 102-midR | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 102-midL | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 104R     | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 104L     | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 105      | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 106-recR | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 106-recL | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 106-pre  | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 106-tbR  | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 106-tbL  | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 107      | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 108      | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 109R     | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 109L     | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 110      | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 111      | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| 112      | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| その他( )   | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| その他( )   | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |
| その他( )   | <input type="checkbox"/> 郭清せず | <input type="checkbox"/> 郭清 | _____ 個 / _____ | _____ 個 |

26

組織学的リンパ節  
転移の有無\_合\_

リンパ節転移個数 合計 \_\_\_\_\_ 個

リンパ節郭清個数 合計 \_\_\_\_\_ 個

27

ページタイトル(内  
視鏡病理報告)(

内視鏡病理報告

28

項目ラベル(内視鏡  
切除組織学的診

内視鏡切除組織学的診断(食道癌取り扱い規約第10版による)

| ステンシル名: 食道癌-病理検査   |  |
|--|--|
| 29   | <input type="checkbox"/> 切除標本の大きさ<br>(食道癌取扱規約第10版) |
| 切除標本の大きさ 長径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm × 短径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm   |  |
| 30   | <input type="checkbox"/> 腫瘍径(食道癌取扱規約第10版)          |
| 腫瘍径 長径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm × 短径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm  |  |
| 31   | <input type="checkbox"/> 組織型(食道癌取扱規約第10版)          |
| 組織型 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |
| 32   | <input type="checkbox"/> 内視鏡切除組織学的診断_TNM分類         |
| TNM分類<br>T: <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4<br>├─ <input type="checkbox"/> T1a-EP <input type="checkbox"/> SM1<br>├─ <input type="checkbox"/> T1a-LPM <input type="checkbox"/> SM2<br>└─ <input type="checkbox"/> T1a-MM <input type="checkbox"/> SM3<br>N: <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> NX<br>M: <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> MX<br>Stage: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb |  |
| 33   | <input type="checkbox"/> 内視鏡切除組織学的診断_リンパ管          |
| リンパ管侵襲 <input type="checkbox"/> ly(-) <input type="checkbox"/> ly(+)   |  |
| 34   | <input type="checkbox"/> 内視鏡切除組織学的診断_静脈侵襲          |
| 静脈侵襲 <input type="checkbox"/> v(-) <input type="checkbox"/> v(+)   |  |
| 35   | <input type="checkbox"/> 水平断端(食道癌取扱規約第10版)         |
| 水平断端 <input type="checkbox"/> HM0 <input type="checkbox"/> HM1 <input type="checkbox"/> HMX  |  |
| 36   | <input type="checkbox"/> 垂直断端(食道癌取扱規約第10版)         |
| 垂直断端 <input type="checkbox"/> VM0 <input type="checkbox"/> VM1 <input type="checkbox"/> VMX  |  |
| 37   | <input type="checkbox"/> 内視鏡切除組織学的診断_癌遺残度          |
| 癌遺残度 <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> RX   |  |