


ステンシル名:大腸癌-登録票	
18	<input type="text"/> ALT(GPT)
GPT	(≤ 100 IU/l) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/l
19	<input type="text"/> AST(GOT)
GOT	(≤ 100 IU/l) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/l
20	<input type="text"/> 血清クレアチニン (Cr)
血清クレアチニン	(≤ 1.5 mg/dl) <input type="text"/> . <input type="text"/> mg/dl
21	<input type="text"/> 除外条件 
<p>1.活動性の重複癌を認めない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>2.重篤な薬剤過敏症の既往がない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>3.活動性の感染症を有さない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>4.重篤な合併症(腸管麻痺、腸閉塞、間質性肺炎、肺線維症、コントロール困難な糖尿病、心疾患、腎不全、肝不全など)を有する症例ではない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>5.コントロール不良な高血圧がない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>6.尿蛋白が1+以上でない。(−か±である。) <input type="checkbox"/> はい</p> <p>7.登録前2週間以内の心電図に治療を要する異常を認めない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>8.中等量以上の胸水、腹水を認めない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>9.症状を有する脳転移を有さない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>10.顕性出血を認めない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>11.出血傾向がない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>12.血栓・塞栓症の既往がない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>13.コントロール不良な水様性下痢(人工肛門の場合は日常生活に支障のある下痢)を認めない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>14.登録4週以内に手術の既往がない。(中心静脈ポートの埋め込みは除く) <input type="checkbox"/> はい</p> <p>15.埋め込み型中心静脈ポートを治療開始予定日前日に施行していない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>16.妊娠の可能性(意思)のある女性、妊婦、授乳婦、避妊の意思のない男性ではない。 <input type="checkbox"/> はい</p> <p>17.その他、担当医師が本試験の対象として不適当と判断しない。 <input type="checkbox"/> はい</p>	
22	<input type="text"/> 症例登録番号
症例登録番号()	

ステンシル名:大腸癌-登録票	
23	<input type="checkbox"/> 登録日
登録日: 年 月 日	
24	<input type="checkbox"/> 確認者
確認者()	
25	<input type="checkbox"/> 適格/不適格/取り 消し
適格/不適格/取り消し	
26	<input type="checkbox"/> 担当医師
担当医 _____	
27	<input type="checkbox"/> 連絡先
FAX: ○○○○○○○○○○病院 ○○○○○科 国立花子行 03-1234-5678	
28	<input type="checkbox"/> ページタイトル
mFOLFOX6+BV 登録・適格性確認票	
29	<input type="checkbox"/> 項目ラベル(事務局 記入欄)
研究事務局記入欄	

ステンシル名:大腸癌-治療前臨床検査

1

PS

PS

0

1

2

2

身長

身長

cm

3

体重

体重

kg

4

体表面積

体表面積

m²

ステンシル名:大腸癌-患者背景

1

ページタイトル(患者背景1)

治療前記録用紙(患者背景1)

2

組織型

組織型 腺癌 粘液癌 印環細胞癌

3

原発部位

原発部位 結腸 直腸

4

EGFR発現

EGFR発現 陽性 陰性

5

KRAS遺伝子

KRAS遺伝子 野生型 変異型

6

前治療_有無

前治療 なし あり

7

前治療_詳細

時期	治療	治療内容	終了・中止理由
開始日 (手術日) _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> 手術	術式	<input type="checkbox"/> 治療終了
終了日 _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> 化学療法	レジメン	<input type="checkbox"/> 再発・増悪
	<input type="checkbox"/> 放射線療法	部位	<input type="checkbox"/> 毒性
		線量 Gy	<input type="checkbox"/> その他()

8

心電図_検査日

心電図所見 検査日 _____ / _____ / _____

9

心電図_詳細

異常なし その他()

ステンシル名:大腸癌-患者背景	
10	<input type="checkbox"/> 胸部X線_検査日
胸部X線 検査日 _____ / _____ / _____	
11	<input type="checkbox"/> 胸部X線_詳細
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他(_____)	
12	<input type="checkbox"/> 注釈(臨床検査結果添付)
<p>臨床検査結果を添付してください。</p> <p>・時期:登録時、治療開始前</p> <p>・検査項目:(血算)WBC、好中球数、RBC、Hb、血小板数 (生化学)Alb、T-Bil、ALP、GOT、GPT、Na、K、Mg、IP、Cre (尿)尿糖、尿タンパク (その他)CEA、CA19-9</p> <p style="text-align: right;">登録時は下線のある項目のみ</p>	
13	<input type="checkbox"/> コメント
コメント	
14	<input type="checkbox"/> ページタイトル(患者背景2)
治療前記録用紙(患者背景2)	
15	<input type="checkbox"/> 項目ラベル(転移部位)
転移部位	

ステンシル名:大腸癌-患者背景

16

転移部位

部位

- 原発巣 -----
- 頸部リンパ節 -----
- 腹腔リンパ節 -----
- 胸腔リンパ節 -----
- その他リンパ節() -----
- 肺 -----
- 肝 -----
- 腹膜 -----
- 卵巣 -----
- 骨 -----
- その他() -----
- その他() -----
- その他() -----

17

項目ラベル(既往歴・合併症)

既往歴・合併症

18

既往歴・合併症

疾患名

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |
| | <input type="checkbox"/> 既往歴 | <input type="checkbox"/> 合併症 |

19

ページタイトル(腫瘍評価)

治療前記録用紙(腫瘍評価)

ステンシル名:大腸癌-患者背景

20

注釈(郵送期限)

登録後14日以内に事務局へ郵送

21

項目ラベル(標的病変)

標的病変

- ・ 10mm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

22

測定可能病変

	腫瘍径(長径)	CTスライス幅	CT検査日
(記入例) TL1. 部位名: 腹部リンパ節	30 mm	10 mm	2007年 7月 10日
TL1. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL2. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL3. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL4. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL5. 部位名:	mm	mm	年 月 日

23

全標的病変の長径和

全標的病変の長径和

24

項目ラベル(非標的病変)

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変はすべて非標的病変とする。
- ・ 原発巣、長径20mm未満の転移巣、腹膜病変、皮膚転移などは非標的病変に含まれる。
- ・ 各病変ともありの場合診断法、検査日を記入

24


項目ラベル(標的病変)

標的病変

- ・ 10mm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


ステンシル名:大腸癌-患者背景

25

測定可能病変

	腫瘍径(長径)	CTスライス幅	CT検査日
(記入例) TL1. 部位名: 腹部リンパ節	30 mm	10 mm	2007年 7月 10日
TL1. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL2. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL3. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL4. 部位名:	mm	mm	年 月 日
TL5. 部位名:	mm	mm	年 月 日

26

全標的病変の長径和

全標的病変の長径和 mm

27

項目ラベル(非標的病変)

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変はすべて非標的病変とする。
- ・ 原発巣、長径20mm未満の転移巣、腹膜病変、皮膚転移などは非標的病変に含まれる。
- ・ 各病変ともありの場合診断法、検査日を記入


27

非標的病変

非標的病変の有無	診断法			検査日
原発巣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
頸部リンパ節	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 触診 <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
胸腔リンパ節	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
腹腔リンパ節	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
その他リンパ節()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
肺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
肝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
腹膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
卵巣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
骨	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日
その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()		年 月 日

ステンシル名:大腸癌-手術所見

1

 手術日


手術日 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

 腫瘍径


腫瘍径 長径 [] . [] cm × 短径 [] . [] cm

5

 術中合併症

検査項目	Grade
術中損傷	—
-大動脈	
-下大動脈	
-門脈	
-十二指腸	
-小腸-細分類不要	
-結腸	
-胆嚢	
-肝	
-脾	
-膈	
-膀胱	
-尿管	
-尿道	
血栓症/血栓/塞栓症	

5

 術中合併症_その他

		コメント

ステンシル名:大腸癌-手術所見

6

肉眼的根治度

1.肉眼的根治度 根治度A 根治度B 根治度C

7

腫瘍存在部位-結腸

腫瘍存在部位:結腸 回腸 盲腸 虫垂 上行結腸 横行結腸
 下行結腸 S状結腸 その他()

8

主占拠部位-結腸

主占居部位:結腸 回腸 盲腸 虫垂 上行結腸 横行結腸
 下行結腸 S状結腸 その他()

9

腫瘍存在部位-直腸

腫瘍存在部位:直腸 S状結腸(S) 直腸S状部(RS) 上部直腸(Ra) 下部直腸(Rb) 肛門管(P)
 肛門周囲皮膚(E) その他()

10

主占拠部位-直腸

主占居部位:直腸 S状結腸(S) 直腸S状部(RS) 上部直腸(Ra) 下部直腸(Rb) 肛門管(P)
 肛門周囲皮膚(E) その他()

11

病型分類

病型分類 0型 1型 2型 3型 4型 5型
 0-I型 → 0-Ip 0-Isp 0-Is
 0-II型 → 0-IIa 0-IIb 0-IIc

12

術式-結腸

術式:結腸 腫瘍摘除術 局所切除術 回盲部切除術 結腸部分切除術
 右半結腸切除術 左半結腸切除術 S状結腸切除術 結腸垂全摘出
 その他()

13

術式-直腸

術式:直腸 高位前方切除術 低位前方切除術 Hartmann手術 直腸切断術
 その他()

ステンシル名:大腸癌-手術所見	
14	<input type="checkbox"/> 吻合法
吻合法 <input type="checkbox"/> 手縫い吻合 <input type="checkbox"/> 器械吻合 <input type="checkbox"/> その他()	
15	<input type="checkbox"/> 吻合形態
吻合形態 <input type="checkbox"/> 端端吻合 <input type="checkbox"/> 側端吻合 <input type="checkbox"/> 端側吻合 <input type="checkbox"/> 側側吻合 <input type="checkbox"/> 機能的端端吻合 <input type="checkbox"/> その他()	
16	<input type="checkbox"/> 腫瘍存在部位
2.腫瘍存在部位 <input type="checkbox"/> S状結腸(S) <input type="checkbox"/> 直腸S状部(RS) <input type="checkbox"/> 上部直腸(Ra) <input type="checkbox"/> 下部直腸(Rb) <input type="checkbox"/> 肛門管(P) <input type="checkbox"/> 肛門周囲皮膚(E)	
17	<input type="checkbox"/> 腫瘍主占拠部位
3.腫瘍主占居部位 (ひとつ選択) <input type="checkbox"/> S状結腸(S) <input type="checkbox"/> 直腸S状部(RS) <input type="checkbox"/> 上部直腸(Ra) <input type="checkbox"/> 下部直腸(Rb) <input type="checkbox"/> 肛門管(P) <input type="checkbox"/> 肛門周囲皮膚(E)	
18	<input type="checkbox"/> 最大腫瘍径
4.最大腫瘍径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm ※内視鏡・局所切除後の場合、切除時の腫瘍径を記載	
19	<input type="checkbox"/> 肉眼的切除断端
5.肉眼的切除断端 口側: <input type="checkbox"/> PM0 → <input type="text"/> . <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> PM1 肛門側: <input type="checkbox"/> DM0 → <input type="text"/> . <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> DM1 剥離面: <input type="checkbox"/> RM0 <input type="checkbox"/> RM1	
20	<input type="checkbox"/> 腫瘍壁深達度
6.腫瘍壁深達度 漿膜を有する部位: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> SI(部位) 漿膜を有しない部位: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI(部位)	
21	<input type="checkbox"/> リンパ節転移
7.リンパ節転移 <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3(側方転移を含む)	

ステンシル名:大腸癌-手術所見

22

中枢側リンパ節郭清程度

8.中枢側リンパ節郭清程度 D1 D2 D3

23

肝転移

9.肝転移 H0 H1 H2 H3

24

遠隔転移

10.遠隔転移 M0 M1

25

コメント

コメント

26

項目ラベル(術中合併症)

1.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)
 ・各項目のGrade評価基準は、別紙(術中合併症評価項目)を参照

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

自律神経系の温存

自律神経系の温存 AN0 AN1 AN2 AN3 AN4 ANX

ステンシル名:大腸癌-手術所見	
29	<input type="checkbox"/> ページタイトル(手術所見用紙1)
手術所見用紙1	
30	<input type="checkbox"/> ページタイトル(手術所見用紙2)
手術所見用紙2	
31	<input type="checkbox"/> 注釈(腫瘍存在部位)
(複数領域にまたがる場合、存在する部位をすべて選択)	
32	<input type="checkbox"/> 注釈(郵送期限)
術後8週以内に事務局へ郵送	
33	<input type="checkbox"/> 項目ラベル(術中所見)
<術中所見>	
34	<input type="checkbox"/> 項目ラベル(切除所見)
<切除所見>	

ステンシル名: 大腸癌-化学療法(1)_FOLFOX

1

投与期間(1~4)

コース

コース

コース

コース

2

服薬状況

I-LV	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body
BV	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body
OHP	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body
5FU 静注	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body
5FU 持続静注	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body	<input type="checkbox"/> 変更なし	mg/body

3

減量の有無

減量

なし あり

なし あり

なし あり

なし あり

4

減量理由

理由

血液毒性
 神経毒性
 非血液毒性
 (神経毒性以外)

詳細

血液毒性
 神経毒性
 非血液毒性
 (神経毒性以外)

詳細

血液毒性
 神経毒性
 非血液毒性
 (神経毒性以外)

詳細

血液毒性
 神経毒性
 非血液毒性
 (神経毒性以外)

詳細

5

延期の有無

開始延期

なし あり

なし あり

なし あり

なし あり

6

延期理由

理由

詳細

詳細

詳細

詳細

7

支持療法_詳細

G-CSF	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり
赤血球輸血	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり
血小板輸血	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 輸血あり
抗生物質	有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 投与あり

ステンシル名:大腸癌-化学療法(1)_FOLFOX

8

コメント

コメント

9

中止の有無

中止

なし あり

なし あり

なし あり

なし あり

10

中止理由

理由

増悪
 神経毒性
 その他

詳細

増悪
 神経毒性
 その他

詳細

増悪
 神経毒性
 その他

詳細

増悪
 神経毒性
 その他

詳細

11

開始日

開始日

/ /

/ /

/ /

/ /

12

ページタイトル
(FOLFOX)

治療記録用紙-1(FOLFOX+BV)

13

注釈(タイトル)

FOLFOX+BV前半治療終了(中止)後4週以内に事務局へ郵送

14

ページタイトル
(LV5FU2+BV)

治療記録用紙-3(LV5FU2+BV)

ステンシル名: 食道癌-病理検査

1

ページタイトル(病理所見用紙1)

病理所見用紙1

2

項目ラベル(病理組織学的所見)

<病理組織学的所見>

3

注釈(病理組織学的所見)(大腸癌...)

大腸癌取扱い規約第7版による

4

原発巣の主な組織型(大腸癌取扱い規約...)

原発巣の主な組織型

乳頭腺癌(pap)

高分化腺癌(tub1)

中分化腺癌(tub2)

低分化腺癌(por)

粘膜癌(muc)

印環細胞癌(sig)

その他()

5

注釈(原発巣の主な組織型)

(1つ選択)

6

組織学的深達度(大腸癌取扱い規約...)

組織学的深達度

漿膜を有する部位: M SM MP SS SE SI(部位)

漿膜を有しない部位: M SM MP A AI(部位)

7

病理組織学的所見
リンパ管侵襲(大腸癌取扱い規約...)

リンパ管侵襲

ly0

ly1

ly2

ly3

8

病理組織学的所見
静脈侵襲(大腸癌取扱い規約...)

静脈侵襲

v0

v1

v2

v3

9

組織学的切除断端(大腸癌取扱い規約...)

組織学的切除断端

口側: PM0

PM1

肛門側: DM0

DM1

剥離面: RM0

RM1

ステンシル名: 食道癌-病理検査

10	<input type="checkbox"/> 肝転移(大腸癌取扱規約第7版)
肝転移 <input type="checkbox"/> H0 <input type="checkbox"/> H1 <input type="checkbox"/> H2 <input type="checkbox"/> H3	
11	<input type="checkbox"/> 腹膜播種性転移(大腸癌取扱規約第7版)
腹膜播種性転移 <input type="checkbox"/> P0 <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3	
12	<input type="checkbox"/> 腹水細胞診施行の有無(大腸癌取扱規約第7版)
腹水細胞診施行の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> Cy0 <input type="checkbox"/> Cy1	
13	<input type="checkbox"/> 肝以外の遠隔多臓器転移(大腸癌取扱規約第7版)
肝以外の遠隔多臓器転移 <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 → <input type="checkbox"/> (部位:)	
14	<input type="checkbox"/> 組織学的病期(TNM分類)(大腸癌取扱規約第7版)
組織学的病期(TNM分類) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IV	
15	<input type="checkbox"/> 病理組織学的所見(がん遺残度)(大腸癌取扱規約第7版)
がん遺残度 <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> RX	
16	<input type="checkbox"/> 病理組織学的所見(根治度)(大腸癌取扱規約第7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	
17	<input type="checkbox"/> 項目ラベル(TNM分類)(UICC第6版)
TNM分類(UICC第6版)	
18	<input type="checkbox"/> TNM分類 T因子(UICC第6版)
T因子: <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TX	

ステンシル名: 食道癌-病理検査

19

TNM分類 N因子
(UICC第6版)

N因子: N0 N1 N2 NX

20

TNM分類 M因子
(UICC第6版)

M因子: M0 M1 MX

21

TNM分類
Stage(UICC第6..

Stage: 0 I IIA IIB IIIA IIIB IIIC IV

22

項目ラベル(TNM分
類(UICC第7版))

TNM分類(UICC第7版)

23

TNM分類 T因子
(UICC第7版)

T因子: T0 Tis T1 T2 T3 T4 TX

24

TNM分類 N因子
(UICC第7版)

N因子: N0 N1 N2 NX

25

TNM分類 M因子
(UICC第7版)

M因子: M0 M1 MX

26

TNM分類
Stage(UICC第7..

Stage: 0 I II III IV
 IIA IIIB
 IIB IIIB
 IIB IIIB

27

項目ラベル(コメン
ト)

コメント

ステンシル名: 食道癌-病理検査

28

ページタイトル(内視鏡所見)

内視鏡所見

29

注釈(郵送期限)

術後6週以内に事務局へ郵送

30

項目ラベル(ESD実施所見)

ESD実施所見

31

ESD施行日

ESD施行日 年 月 日

32

マーキング開始時刻

マーキング開始時刻 時 分

33

病変切除時刻

病変切除時刻 時 分

34

使用色素

使用色素 インジゴカルミン ルゴール その他()

35

粘膜下注入液

粘膜下注入液下注入液(複数選択可) 生理食塩水 グリセオール ヒアルロン酸Na その他()

36

切除方法1

切除方法 Strip Biopsy EMRC ESD (Dual Knife) ESD (IT-Knife) ESD (IT-Knife2) ESD (B-Knife) EMRC その他()

ステンシル名: 食道癌-病理検査	
37	<input type="checkbox"/> 切除切片長径
切除切片長径 長径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	
38	<input type="checkbox"/> 切除方法2
切除方法 <input type="checkbox"/> 完全一括切除 <input type="checkbox"/> 不完全一括切除(病変内切り込みあり) <input type="checkbox"/> 分割切除	
39	<input type="checkbox"/> 切除標本の回収
切除標本の回収 <input type="checkbox"/> 全て回収 <input type="checkbox"/> 未回収あり(詳細: _____)	
40	<input type="checkbox"/> 二期的施行の有無
二期的施行の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
41	<input type="checkbox"/> 項目ラベル(内視鏡切除組織学的診断)
内視鏡切除組織学的診断(大腸癌取り扱い規約第7版による)	
42	<input type="checkbox"/> 切除標本の大きさ(大腸癌取扱規約)
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	
43	<input type="checkbox"/> 腫瘍径(大腸癌取扱規約第7版)
腫瘍径 長径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm × 短径 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	
44	<input type="checkbox"/> 多発病巣(副病巣)(大腸癌取扱規約)
多発病巣(副病巣) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
45	<input type="checkbox"/> 組織型(大腸癌取扱規約第7版)
組織型 <input type="checkbox"/> 乳頭腺癌(pap) <input type="checkbox"/> 高分化腺癌(tub1) <input type="checkbox"/> 中分化腺癌(tub2) <input type="checkbox"/> 低分化腺癌(por) <input type="checkbox"/> 粘膜癌(muc) <input type="checkbox"/> 印環細胞癌(sig) <input type="checkbox"/> その他(_____)	
46	<input type="checkbox"/> 壁進達度(大腸癌取扱規約第7版)
壁進達度 漿膜を有する部位: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> SI(部位 _____) 漿膜を有しない部位: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI(部位 _____)	