

【疾患】★食道癌

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

1回のみ

診断時期 ()年 ()月 ()日

腫瘍発生部位
 頸部
 胸部上部
 胸部中部
 胸部下部
 腹部
 不明

食道癌取扱い規約肉眼の所見

- T
 T0
 Tis
 T1a
 T1b
 T2
 T3
 T4
 TX(不明)
- N
 N0
 N1
 N2
 N3
 N4
 NX(不明)
- M
 M0
 M1
 MX(不明)
- IM
 IM0
 IM1
 IMX(不明)
- R
 R0
 R1
 R2
 RX(不明)
- PM
 PM0
 PM1
 PMX(不明)
- DM
 DM0
 DM1
 DMX(不明)
- EM
 EM0
 EM1
 EMX(不明)

【疾患】★食道癌

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

再発と再燃	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 所属リンパ節 <input type="checkbox"/> 胸膜 <input type="checkbox"/> 遠隔転移	<input type="radio"/> 疑いあり	<input type="radio"/> 不明	経年
担癌状態の評価(医師への確認を前提) 今回の血清採取時に担癌状態(がんが存在する状態)か?	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 不明	<input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 非根治手術後 <input type="checkbox"/> 手術不能 <input type="checkbox"/> 化学療法または放射線治療中、もしくは治療後 <input type="checkbox"/> ホルモン療法中もしくは治療後 <input type="checkbox"/> 治療後の再燃・再発 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	経年		

【疾患】★食道癌-組織

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

食道癌:組織		経年
切除組織標本の有無		組織採取日毎
組織採取日	()年 ()月 ()日	
形態	<p>表在型</p> <input type="radio"/> 0-I型 <input type="radio"/> 0-II型 <input type="radio"/> 0-III型 <input type="radio"/> 不明	
	<p>進行型</p> <input type="radio"/> 1型 <input type="radio"/> 2型 <input type="radio"/> 3型 <input type="radio"/> 4型 <input type="radio"/> 5型 <input type="radio"/> 不明	
食道癌取扱い規約病理所見		
浸潤形式	<input type="radio"/> INFα <input type="radio"/> INFβ <input type="radio"/> INFγ <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明	
壁深達度	<input type="radio"/> pT0 <input type="radio"/> pTis <input type="radio"/> pT1a <input type="radio"/> pT1b <input type="radio"/> pT2 <input type="radio"/> pT3 <input type="radio"/> pT4 <input type="radio"/> pTX(不明) <input type="radio"/> 判定不能	
上皮内伸展	<input type="radio"/> ie(-) <input type="radio"/> ie(+) <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明	
リンパ管侵襲	<input type="radio"/> ly0 <input type="radio"/> ly1 <input type="radio"/> ly2 <input type="radio"/> ly3 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明	
血管侵襲	<input type="radio"/> v0 <input type="radio"/> v1 <input type="radio"/> v2 <input type="radio"/> v3 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明	
壁内転移	<input type="radio"/> pIM0 <input type="radio"/> pIM1 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 不明	
リンパ節転移	<input type="radio"/> pN0 <input type="radio"/> pN1 <input type="radio"/> pN2 <input type="radio"/> pN3 <input type="radio"/> pN4 <input type="radio"/> pNX(不明) <input type="radio"/> 判定不能	

【疾患】★食道癌-組織型

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

食道癌:組織型

経年

組織型(生検または細胞診)または 切除組織標本の組織型

組織採取日毎

- 扁平上皮癌
 - 高分化型
 - 中分化型
 - 低分化型
 - 分化度分類不能

- 腺癌
 - 高分化型
 - 中分化型
 - 低分化型
 - 分化度不明

- 腺扁平上皮癌
- 腺様嚢胞癌
- 類基底細胞癌
- 未分化癌
 - 小細胞型
 - 非小細胞型
 - 不明

- その他
- 不明
- その他の癌
- その他の悪性腫瘍
- 組織型不明
- 未入力