

患者基本情報

患者基本情報

氏名 _____ 性別 男 女 未入力・不明

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

これまでの C-CAT 登録の有無 なし あり 不明

これまでに C-CAT 登録「あり」の場合

過去の C-CAT 登録 I D _____

症例関係区分 重複がん 前医からの転院フォロー 前医実施後再検査 その他

移植歴 なし あり 移植部位 _____（英語）

がん種情報

がん種 中枢神経系/脳 頭頸部 眼 肺 胸膜 胸腺 甲状腺 乳
食道/胃 十二指腸乳頭部 腸 肝 胆道 膵 腎 副腎
膀胱/尿管 前立腺 精巣 陰茎 子宮 子宮頸部 卵巣/卵管
膣 皮膚 骨 軟部組織 腹膜 骨髄 リンパ節 末梢神経系
その他

がん種区分（その他） _____

病理組織 腺癌 扁平上皮癌 小細胞癌 肉腫 その他

病理組織（その他） _____

臨床病期 _____