

協力医師情報

紹介を受けたがん薬物療法専門医の情報をご登録ください。

原則、患者登録はがん薬物療法専門医が行いますが、紹介元医師によるご登録も可能です。

1. 協力医師（がん薬物療法専門医）名*
2. 会員番号*-----（xx-xxxx）※不明の場合 99-9999 をご登録ください
3. 所属先名*（病院名）-----（医療機関名＝協力医師名簿の通りに登録してください）
4. 所属先部署名

患者情報

本プログラムで紹介された患者と紹介の経緯を入力してください

5. 患者紹介日*（MM/DD/YYYY）---（初回紹介日）
6. 患者名*（イニシアル 2 字）-----（例：臨床太郎＝TR）
7. 患者生年-----（西暦 4 ケタ：数値入力）
8. 患者性別*
9. 紹介元医療機関名*
10. 紹介元医師名*
11. 紹介の目的*-----（併診、コンサルテーション、その他【具体的に】）
12. 診療連携に適応した薬剤*
 - ソラフェニブ
 - レンバチニブ
 - バンデタニブ
 - 薬剤不使用（検討のみ）
13. 組織型*
 - （低）分化癌
 - 未分化癌
 - 髄様癌
14. 患者と紹介元（外科医）の所在*
 - 患者の居住地は紹介施設（外科医）から近い＝同一都道府県内
 - 患者の居住地は紹介施設（外科医）から遠い＝他の都道府県から受診
15. 紹介元（外科医）と紹介先（がん薬物療法専門医：ご自身）の所在*
 - 紹介元（外科医）は自施設から遠い
 - 紹介元（外科医）は自施設から近い：他施設の外科医から紹介
 - 紹介元（外科医）は自施設から近い：自施設の外科医から紹介