**頭頸部がん診療連携プログラム　患者登録項目**



◇ 諸注意

・　登録される情報は，頭頸部がん診療連携プログラムの実施記録としてのみ収集されます。企業が行う使用成績調査ではありませんのでご注意ください。

・　協力医師（がん薬物療法専門医）が登録することを原則としていますが，紹介元医師（耳鼻咽喉・頭頸部外科医、歯科・口腔外科医など）による登録も可能です。

\* 印回答必須項目：右空欄は回答用メモとしてご利用ください

|  |
| --- |
| **1）　連携協力医師（がん薬物療法専門医）情報** |
| 1. 連携協力医師（がん薬物療法専門医）名\* |  |
| 2. JSMO会員番号（XX-XXXX）\*※不明の場合 99-9999 をご登録ください |  |
| 3. 所属先病院名\*※連携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 |  |

|  |
| --- |
| **2）　紹介元医師・歯科医師（耳鼻咽喉・頭頸部外科医、歯科・口腔外科医など）情報** |
| 5. 紹介元医師・歯科医師名\* |  |
| 6. 所属先病院名\* |  |
| 7. 所属先部署名 |  |

|  |
| --- |
| **3）　診療連携の方法** |
| 8. 診療連携の方法\*※回答にあたっては[こちら](http://www.jsmo.or.jp/headandneck-chemo/about/#section_01)もご参照ください | [ ] 　患者紹介：連携基幹病院に所属するがん薬物療法専門医による薬物治療[ ] 　コンサルテーション：紹介元医師（耳鼻咽喉・頭頸部外科医、歯科・口腔外科医など）からの相談に応じて薬物治療をサポートする[ ] 　その他 ：薬剤不使用，経過観察 等 |

|  |
| --- |
| **4）　患者情報** |
| 9. 患者名\*（イニシャル2字）※例：臨床太郎＝TR |  |
| 10. 患者性別\* |  |
| 11. 患者生年（西暦４ケタ：数値入力） |  |
| 12. 患者紹介日（MM/DD/YYYY） |  |
| 13. 原発巣 | [ ] 　口腔　　　　　　　　[ ] 　その他[ ] 　上咽頭　　　　　　　　左記選択肢以外となる場合は簡単に詳細を記載ください[ ] 　中咽頭[ ] 　下咽頭[ ] 　喉頭[ ] 　鼻副鼻腔[ ] 　唾液腺 |
| 14. 組織型 | [ ] 　扁平上皮癌　　　 [ ] 　その他[ ] 　腺癌 左記選択肢以外となる場合は簡単に詳細を記載ください[ ] 　悪性黒色腫 |
| 15. 診療連携に適応した薬剤 | [ ] 　ニボルマブ　　　　　[ ] 　ペムブロリズマブ[ ] 　薬剤不使用（使用検討のみ）[ ] 　その他化学療法　上記選択肢以外となる場合は簡単に詳細を記載ください |