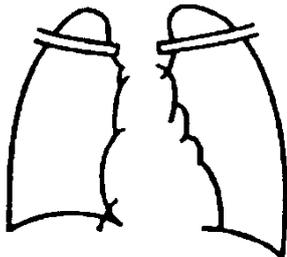


診断（意見）書

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
診断名			初診年月日	年 月 日

【診断の詳細】※該当する□にレ印を入れ、必要事項を記入してください。

原発部位	右肺： <input type="checkbox"/> 末梢型（肺野型） <input type="checkbox"/> 中枢型（肺門型）	
	左肺： <input type="checkbox"/> 末梢型（肺野型） <input type="checkbox"/> 中枢型（肺門型）	
	年 月 日撮影	
組織型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 小細胞癌 <input type="checkbox"/> 大細胞癌 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
肺がんの診断根拠	<input type="checkbox"/> 病理組織診断（ <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検）	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> 細胞診（ <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 他（ ））	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> 放射線画像所見	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
他のがん既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位（ ）	年 月 日診断
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：部位（ ）	年 月 日診断
石綿関連所見	胸膜プラーク <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	検査等の種類
		<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検
	肺内石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	
	肺内石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	
その他	曝露歴など：	
その他参考事項	喫煙歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 歳から 歳まで，喫煙本数 本/日）	

【根拠となった資料の写し】

添付資料	<input type="checkbox"/> 病理・細胞診検査記録 ※病理診断・細胞診報告書の写しの添付をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 診療録
	<input type="checkbox"/> その他の（ ）

年 月 日

藤 沢 市 長

所在地

医療機関名（科名）

担当医師氏名

印