

# Case Report Form

患者匿名コード		病院名	
年齢(治療開始時もしくは診断時)		性別	
患者生年月日	年	月	日
症状 (有無)	無しの場合(検診 or 偶然)		
カテゴリーチェック	有りの場合		
	その他( )		

### 手術所見

初回手術症例(P) or 再発症例(S)		肉眼的根治度 R0 R1 R2 RX	
初回手術日	20	年	月
手術 (開腹 or 腹腔鏡)		術式	
肉眼的浸潤: 有(Y) 無(N)		あれば具体的臓器名	
転移臓器: 有(Y) 無(N)			
腹膜転移: 有(Y) 無(N)			
腫瘍破裂: 有(Y) 無(N)			
リンパ節転移: 有(Y) 無(N)			
多発発生: 有(Y) 無(N)		あれば具体的臓器名	
		状況	
場所	食道	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> A	胃 <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
	十二指腸		小腸 <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> I
	大腸	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> A	その他
最大径(cm)		cm	
2回目以降手術日	20	年	月
			肉眼的根治度 R0 R1 R2

### 予後

最終確認日	20	年	月	日	生存(A)			
予後: 生存(A) 原病死(D) 他病死(DO) 不明(U)								
				死因				
再発の有無: 有(Y) 無(N)		初めての再発日	20	年	月	日		
		初めての再発場所	<input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> その他					
		その他						
再発・進行に対する治療								
外科手術	20	年	月	日	肉眼的根治度 R0 R1 R2 RX			
手術 (開腹 or 腹腔鏡)					術式			
イマチニブ治療 initial dose		mg	20	年	月	日		
			日	~	20	年	月	日

Best Response														
スニチニブ治療 initial dose	mg	20	年		月		日	~	20	年		月		日
Best response														

遺伝子病理所見														
遺伝子解析	KIT exon		PDGFRA exon		others									
遺伝子型 (変異を具体的に記載)														
初回手術時病理所見				その他										
免疫染色の染色性		(0:無し, 1:±一部染色陽性, 2: +弱陽性, 3: ++陽性, 4: +++強陽性)												
	KIT		CD34		DOG-1									
	S-100		α SMA		Desmin									
pathological type				Ki67 (%)										
細胞分裂				/50HPF										
コメント・追記		ICC hyperplasia (+or -)												