

National Clinical Database: Case Report Form 記入の手引き 乳腺専門医 手術症例

注意事項

このCase Report Form(以下, CRF)は, National Clinical Database(以下, NCD)への 症例登録にあたっての補助資料です. 各項目の定義については本CRFをご参照ください.

本CRFはあくまでも補助資料のため, 最終的な症例登録はWeb経由で行ってください.

本CRFをNCDに送付いただいても, 症例登録とみなすことはできません. あらかじめご了承ください.

本CRFは, 以下のような場合にご活用ください.

記入に際してのルール

記入ルールは, 以下の通りです. なお, ○と□のアイコンについては, Web上も同じルールです.

○: 択一の項目です. 該当するものを1つだけお選びください.

□: 複数選択の項目です. 該当するもの全てをお選びください.

下線: テキスト文章の記入欄です.

項目名の網掛けが灰色部分: 必須項目です.

登録基準

登録基準日について

手術症例: 手術日が2012年1月1日以降の症例

非手術症例: 治療開始日が2012年1月1日以降の症例

※ 本登録では, 2012年より両側乳癌が「異時」の場合も,

詳細な項目を登録治療開始日を常に表示させる仕様に変更となっています.

(1) 乳腺専門医の申請を行う場合

・乳腺専門医 手術症例

※ 「乳腺専門医」の診療実績として登録できる術式は, 初発乳癌一症例につき一つの根治的手術とし, 以下の術式を登録できるものとする.

NCD 術式番号	NCD術式
OP0022	乳腺腺管腺葉区域切除術
NP0188	乳腺悪性腫瘍手術 2. 乳房切除術 腋窩郭清を伴わないもの
OP0028	乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除)(腋窩部郭清を伴う)
OP0029	乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除)(腋窩部郭清を伴わない)
OP0030	乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術)(腋窩鎖骨下部郭清を伴う)(胸筋切除を併施しない)
OP0031	乳腺悪性腫瘍手術(乳房切除術)(腋窩鎖骨下部郭清を伴う)(胸筋切除を併施)
OP0032	乳腺悪性腫瘍手術(拡大乳房切除術)(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清併施)

【手術の有無】で「生検のみ」を選択後, 【術式】で下記の術式を選択した場合, 「生検のみ」に付随する項目が展開する.

NCD 術式番号	NCD術式
OP0016	乳腺組織試験採取術 1. 針穿刺による
OP0017	乳腺組織試験採取術 2. 試験切開による
OP0023	画像ガイド下吸引式乳腺生検術
OV0002	センチネルリンパ節生検術(乳腺悪性腫瘍)

・乳腺専門医 非手術症例

(乳癌治療(化学療法, 内分泌療法, 放射線治療, 分子標的薬・抗体療法等)が開始された患者)

(2) 両側乳癌の場合は, 追加で「両側乳癌用」のCRFをご使用ください.

(3) (1)の術式に該当しない手術を行った場合は「外科専門医 共通項目」のCRFをご使用ください.

(4) 「術式」「同時に行われた領域の異なる手術術式」「術後診断」を追加でご記入いただく場合は, 「外科専門医 共通項目」の別紙(術式・診断追加用)をご使用ください.

お問い合わせ

ご不明な点, ご質問等がありましたら, NCDホームページお問い合わせフォームよりお問い合わせください.

(URL <http://www.ncd.or.jp/contact>)

お問い合わせの前にFAQもご参照ください. (URL <http://www.ncd.or.jp/faq>)

※メールでの一元管理を行っていますので, お電話でのお問い合わせは承っておりません. 何卒ご了承ください.

また, お問い合わせの内容によっては, 回答までにお時間を要する場合があります.

National Clinical Database

Case Report Form: 乳腺専門医 手術症例

B1. 患者情報

院内管理コード	_____	各施設診療科で決めて記入する。半角英字と半角数字の両方を使用可能。20字まで。
患者生年月日	西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日	日付までの正しい情報が必要。
患者性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	
登録の拒否申請	<input type="radio"/> あり 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日	登録拒否の申し出があった場合は「あり」とし、受付日を記入する。

B2. 乳癌初回治療

乳癌登録システム番号	_____	手入力は不要。乳癌登録システムから一括登録する場合、自動的に設定される。
治療部位	<input type="checkbox"/> 右乳癌 <input type="checkbox"/> 左乳癌	
両側乳癌	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 同時 <input type="radio"/> 異時	なし:両側乳癌でないこと 同時:同時に手術された両側乳癌であること 異時:異時に手術された両側乳癌の第二癌であること
手術日	西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日	「手術の有無」で「あり」、「生検のみ」の場合に記入する。 「生検のみ」を選択した場合:「手術日」は「生検手術日」に読み替えて記入する。
治療開始時の患者住所	(都道府県) _____ <input type="radio"/> その他	都道府県を記入する。国外の場合は「その他」とする。
乳癌家族歴	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	2度近親者までの家族が乳癌になった場合に、「あり」とする。
併存疾患	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳血管・末梢血管疾患 <input type="checkbox"/> 乳癌以外の悪性腫瘍・悪性血液疾患・悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎・その他慢性肝疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病（定義:内服・インスリン治療中） <input type="checkbox"/> 高血圧（定義:内服治療中） <input type="checkbox"/> 腎機能障害	腎機能障害の定義:sCr 1.0mg/dl以上、または、eGFR 60ml/min/1.73m ² 未満
月経状況	<input type="radio"/> 閉経前 <input type="radio"/> 閉経後 <input type="radio"/> 不明(手術によるものを含める)	閉経後は閉経から1年以上経過していること。 男性の場合は記入不要。
身長(cm) (治療開始時)	_____ cm <input type="radio"/> 不明	整数3桁で記入する。 小数点以下四捨五入
体重(kg) (治療開始時)	_____ kg <input type="radio"/> 不明	整数3桁で記入する。 小数点以下四捨五入

*両側乳癌の場合、本紙には右乳癌を、別紙に左乳癌の情報を記入する。

発見状況	<input type="radio"/> 自己発見 <input type="radio"/> 検診(自覚症状あり) <input type="radio"/> 検診(自覚症状なし) <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明	
腫瘍の大きさ(cm)	_____ cm <input type="radio"/> 不明	臨床的腫瘍径を記入する。半角数字のみ、4桁(整数3桁+小数点1桁)。 Occult乳癌、T0は腫瘍径を0cmとして記入する。 Tの大きさは原発巣の最大浸潤径を想定しており、視触診、画像診断を用いて総合的に判定する。乳管内成分を多く含む癌で、触診径と画像による浸潤径との間に乖離がみられる場合は画像による浸潤径を優先する。乳腺内に多発する腫瘍の場合は最も大きいTを用いて評価する。

胸壁固定と皮膚変化	○なし ○あり (ありの場合、以下より選択する。)		胸壁固定と皮膚変化:ここでのいう胸壁は肋骨、胸骨、肋間筋および前鋸筋を意味する。
	○胸壁固定 ○皮膚の浮腫・潰瘍・衛星結節 ○胸壁固定+皮膚の浮腫・潰瘍・衛星結節		
	○炎症性乳癌 ○その他 ○不明		
TNM分類・T	○Tis ○T0 ○T1 ○T2 ○T3 ○T4 ○不明		臨床・病理 乳癌取扱い規約 (最新版)参照
TNM分類・N	○N0 ○N1 ○N2 ○N3 ○不明		
TNM分類・M	○M0 ○M1 ○不明		
遠隔転移部位(肺)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
遠隔転移部位(骨)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
遠隔転移部位(肝)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
遠隔転移部位(脳)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
遠隔転移部位(遠隔リンパ節)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
遠隔転移部位(胸膜)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
遠隔転移部位(皮膚)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
遠隔転移部位(その他)	((TNM分類・M)で「M1」を選択した場合に記入する。)		○なし ○あり
術前治療有無	○なし ○あり ○不明		手術の前に行われる治療をすべてです。手術の予定がないものについても同様。
治療責任医師	医籍番号【 _____ 】 医師名【 _____ 】		【術前治療有無】か【術後補助治療有無】が「あり」の場合記入する 進行・再発の治療を責任をもって施行した医師
手術の有無	○なし ○あり ○生検のみ		「あり」または「生検のみ」を選択した場合は、手術情報を記入する。 「なし」を選択した場合は、非手術症例のため手術情報は記入不要。 ※この用紙は手術症例用です。
術前化学療法	○なし ○あり(「あり」の場合、以下より選択する。)		
	<input type="checkbox"/> CMF	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/> CAF
	<input type="checkbox"/> CEF	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> DTX <input type="checkbox"/> PTX
	<input type="checkbox"/> nab-PTX	<input type="checkbox"/> カペシタビン	<input type="checkbox"/> テガフル・ウラシル
	<input type="checkbox"/> テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム	<input type="checkbox"/> ドキシフルリジン	
	<input type="checkbox"/> エピルビシン	<input type="checkbox"/> ゲムシタビン	<input type="checkbox"/> エリブリン
	<input type="checkbox"/> ピノレルビン	<input type="checkbox"/> カルボプラチン	<input type="checkbox"/> その他
術前内分泌療法	○なし ○あり(「あり」の場合、以下より選択する。)		
	<input type="checkbox"/> タモキシフェン	<input type="checkbox"/> トレミフェン	<input type="checkbox"/> ゴセレリン
	<input type="checkbox"/> リュープロレリン	<input type="checkbox"/> アナストロゾール	<input type="checkbox"/> エキセメスタン
	<input type="checkbox"/> レトゾール	<input type="checkbox"/> フルベストラント	<input type="checkbox"/> その他
術前分子標的薬・抗体療法	○なし ○あり(「あり」の場合、以下より選択する。)		
	<input type="checkbox"/> トラスツマブ <input type="checkbox"/> ペルスツマブ <input type="checkbox"/> TDM-1 <input type="checkbox"/> ラパチニブ <input type="checkbox"/> ペバシズマブ <input type="checkbox"/> エベロリムス <input type="checkbox"/> その他		
術前放射線療法	○なし ○あり		
術前治療その他	○なし ○あり		
治療開始日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	術前薬物療法がある場合はその開始日、ない場合は記入しない。	
ER	○10%以上 ○1~9% ○陰性 ○未実施 ○不明		治療前針生検
PgR	○10%以上 ○1~9% ○陰性 ○未実施 ○不明		
HER2・免疫染色 (またはハーセプチン)	○0 ○1+ ○2+ ○3+ ○未実施 ○不明		
HER2・FISH	○陽性 ○陰性 ○未実施 ○不明		

組織型	<input type="radio"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="radio"/> 非浸潤性小葉癌 浸潤性乳管癌 <input type="radio"/> 乳頭腺管癌 <input type="radio"/> 充実腺管癌 <input type="radio"/> 硬癌 <input type="radio"/> 分類不能 特殊型 <input type="radio"/> 粘液癌 <input type="radio"/> 髓様癌 <input type="radio"/> 浸潤性小葉癌 <input type="radio"/> 腺様嚢胞癌 <input type="radio"/> 扁平上皮癌 <input type="radio"/> 紡錘細胞癌 <input type="radio"/> アポクリン癌 <input type="radio"/> 骨・軟骨化生を伴う癌 <input type="radio"/> 管状癌 <input type="radio"/> 分泌癌(若年性癌) <input type="radio"/> 浸潤性微小乳頭癌 <input type="radio"/> 基質産生癌 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> Paget病 結合織性および上皮性混合腫瘍 <input type="radio"/> 悪性葉状腫瘍 <input type="radio"/> 癌肉腫 非上皮性腫瘍 <input type="radio"/> 間質肉腫 <input type="radio"/> リンパ腫および造血器腫瘍 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 分類不能腫瘍
-----	---

B3. 手術入院

入院日	西暦 _____年__月__日 <input type="radio"/> 外来手術	施設における入院・退院の定義に応じて記入する。半角数字のみ、入力日の100年前から1年後まで。
救急搬送	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 郵便番号(7桁) 〒 _____ <input type="radio"/> 特定不能または国外 (所在地) _____	救急車による搬送で入院したか。予定入院等による転院時に救急車で搬送されてきた場合も、搬送「あり」とする。また、救急車は公的機関のものだけでなく、医療機関自院用の救急車も含む。 ・救急搬送が[なし]の場合:患者居住地の郵便番号とする。 ・救急搬送が[あり]の場合:救急車の要請があった搬送元の住所とする。 ・医療機関から救急搬送されてきた場合、その医療機関で加療されている場合:当該医療機関の郵便番号を記入する。 ・「特定不能または国外」の場合:所在地に関する情報を記入する。
入院時診断	入院時診断をICD10コード(3桁まで)で記入する。 診断1 _____ 診断2 _____ 診断3 _____ 診断4 _____ 診断5 _____ 診断6 _____ 診断7 _____ 診断8 _____	入院した時の診断名を記入する。入院後に新たに疾患が発生した場合は、術後診断の欄に記入する。
診断名補足		

B4a. 手術入院 術前情報

緊急手術	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	手術をしなければ患者の生命予後や身体機能に著しい影響を及ぼすと判断され、手術実施決定後、即日(24時間以内)に行われた手術。医師の決定をもって手術実施の決定とする。
手術日	西暦 _____年__月__日	

B4b. 手術入院 術中情報

術式1	コード	術式	手術を途中で断念した場合は、そこまでの術式を記入する。「試験開腹術」など。
	術式1		<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
術式1	術者名	術者 _____	
	助手1	_____	助手2 _____
	助手3	_____	助手4 _____
	助手5	_____	助手6 _____
	助手7	_____	助手8 _____
術式2	コード	術式	
	術式2		<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
術式2	術者名(術式1の術者チームと異なる場合に記入する.)		
	術者名	術者 _____	
	助手1	_____	助手2 _____
	助手3	_____	助手4 _____
	助手5	_____	助手6 _____
	助手7	_____	助手8 _____
術式3	コード	術式	
	術式3		<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術
術式3 (※術式4以降は別紙に記入する.)	術者名(術式1の術者チームと異なる場合に記入する.)		
	術者名	術者 _____	
	助手1	_____	助手2 _____
	助手3	_____	助手4 _____
	助手5	_____	助手6 _____
	助手7	_____	助手8 _____
同時に行われた領域の異なる手術術式 (※術式4以降は別紙に記入する.)	コード		術式
	術式1	_____	_____
	術式2	_____	_____
	術式3	_____	_____
	(「あり」の場合は、以下に記入する.)		同時に行われた領域の異なる手術が行われた場合に記入する。この場合は、別の症例レコードとして、異なる領域の術者が登録。
麻酔科医の関与	○なし ○あり		麻酔科医による麻酔が行われたか、麻酔科医とは、麻酔科に専従している医師(その施設で麻酔担当医として認定されている方)であり、専門医資格の有無は問わない。

*両側乳癌の場合、本紙には右乳癌を、別紙に左乳癌の情報を記入する。

*網掛けの項目は、【手術の有無】で「あり」を選択した場合に記入する。ただし、「生検のみ」の場合は【組織型】を入力する。

乳癌登録用術式	○なし ○乳房部分切除術 ○乳房切除術 ○皮膚温存乳房切除術 ○乳頭温存乳房切除術 ○胸筋合併乳房切除術以上 ○その他 ○不明
腋窩リンパ節郭清	○なし ○サンプリング ○センチネルのみ ○センチネルから腋窩郭清 ○レベル1以上 ○その他 ○不明

B4c. 手術入院 術後情報

*網掛けの項目は、【手術の有無】で「あり」を選択した場合に記入する。ただし、「生検のみ」の場合は【組織型】を入力する。

術後診断 (※診断5以降は別紙に記入する.)	術後診断が入院時診断と異なる場合に、ICD10コード(3桁まで)を以下に記入する。			
	診断1 _____	診断2 _____	診断3 _____	診断4 _____
術後30日状態	○生存			
	○死亡 死亡日 西暦 ____年 ____月 ____日			

浸潤径 (cm)	_____ cm ○ pTis(DCIS残存あり) ○ pCR(DCIS残存なし)	手術材料(小数点1桁まで) 病理学的浸潤径を記載していただく項目です。 しかし病理標本による浸潤径の確定が困難な場合は臨床的腫瘍径と同じ数字を記入してください。 腫瘍径が大きく(T2以上), 1枚のプレパラートで計測が不可能な場合など, 臨床的腫瘍径と同じ数値を記入いただいて結構です。 また手術標本処理の際のサンプリング(凍結標本採取のため腫瘍が小さくなった)による大きな誤差に留意してください)																								
リンパ節転移陽性個数(個)	_____ 個	【術前化学療法】が「あり」の場合記入 半角数字, 整数.																								
術後ER	○10%以上 ○1~9% ○陰性 ○未実施 ○不明	手術材料 【治療部位】で「右乳癌」を選択した場合に表示 【浸潤径 (cm)】で浸潤径[]cmが入力された場合、もしくは「pTis(DCIS残存あり)」の場合に表示。																								
術後PgR	○10%以上 ○1~9% ○陰性 ○未実施 ○不明																									
術後HER2・免疫染色 (またはハーセプチン)	○0 ○1+ ○2+ ○3+ ○未実施 ○不明																									
術後HER2・FISH	○陽性 ○陰性 ○未実施 ○不明																									
術後組織型	○非浸潤性乳管癌 ○非浸潤性小葉癌 浸潤性乳管癌 ○乳頭腺管癌 ○充実腺管癌 ○硬癌 ○分類不能 特殊型 ○粘液癌 ○髄様癌 ○浸潤性小葉癌 ○腺様嚢胞癌 ○扁平上皮癌 ○紡錘細胞癌 ○アポクリン癌 ○骨・軟骨化生を伴う癌 ○管状癌 ○分泌癌(若年性癌) ○浸潤性微小乳頭癌 ○基質産生癌 ○その他 ○Paget病 結合織性および上皮性混合腫瘍 ○悪性葉状腫瘍 ○癌肉腫 非上皮性腫瘍 ○間質肉腫 ○リンパ腫および造血器腫瘍 ○その他 ○分類不能腫瘍	手術材料 【治療部位】で「右乳癌」を選択した場合に表示 【浸潤径 (cm)】で浸潤径[]cmが入力された場合、もしくは「pTis(DCIS残存あり)」の場合に表示。																								
切除断端の腫瘍	(【手術の有無】が「あり」の場合に記入する.) ○露出 ○非露出 ○不明																									
切除断端からの距離	(【切除断端の腫瘍】が「非露出」の場合に記入する.) ○切除断端から5mm未満 ○5mm以上 ○不明																									
切除断端に露出または、5mm未満の場合の腫瘍	(【切除断端の腫瘍】が「露出」または【切除断端からの距離】が「切除断端から5mm未満」の場合に記入する.) ○非浸潤癌 ○浸潤癌 ○該当せず ○不明																									
術後核異型度	○1 ○2 ○3 ○未実施 ○不明																									
術後補助治療有無	○なし ○あり ○不明	(「あり」の場合、以下【術後化学療法】【術後内分泌療法】【術後分子標的薬・抗体療法】【術後治療その他】【術後放射線療法】を選択する.)																								
術後化学療法	○なし ○あり(「あり」の場合、以下より選択する.) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>CMF</td> <td><input type="checkbox"/>AC</td> <td><input type="checkbox"/>EC</td> <td><input type="checkbox"/>CAF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>CEF</td> <td><input type="checkbox"/>TC</td> <td><input type="checkbox"/>DTX</td> <td><input type="checkbox"/>PTX</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>nab-PTX</td> <td><input type="checkbox"/>カペシタビン</td> <td><input type="checkbox"/>テガフルール・ウラシル</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>テガフルール・ギメラシル・オテラシルカリウム</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>ドキシフルリジン</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>エピルビシン</td> <td><input type="checkbox"/>ゲムシタビン</td> <td><input type="checkbox"/>エリブリン</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ピノレルビン</td> <td><input type="checkbox"/>カルボプラチン</td> <td><input type="checkbox"/>その他</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> CMF	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> EC	<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> CEF	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> DTX	<input type="checkbox"/> PTX	<input type="checkbox"/> nab-PTX	<input type="checkbox"/> カペシタビン	<input type="checkbox"/> テガフルール・ウラシル		<input type="checkbox"/> テガフルール・ギメラシル・オテラシルカリウム		<input type="checkbox"/> ドキシフルリジン		<input type="checkbox"/> エピルビシン	<input type="checkbox"/> ゲムシタビン	<input type="checkbox"/> エリブリン		<input type="checkbox"/> ピノレルビン	<input type="checkbox"/> カルボプラチン	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> CMF	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> EC	<input type="checkbox"/> CAF																							
<input type="checkbox"/> CEF	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> DTX	<input type="checkbox"/> PTX																							
<input type="checkbox"/> nab-PTX	<input type="checkbox"/> カペシタビン	<input type="checkbox"/> テガフルール・ウラシル																								
<input type="checkbox"/> テガフルール・ギメラシル・オテラシルカリウム		<input type="checkbox"/> ドキシフルリジン																								
<input type="checkbox"/> エピルビシン	<input type="checkbox"/> ゲムシタビン	<input type="checkbox"/> エリブリン																								
<input type="checkbox"/> ピノレルビン	<input type="checkbox"/> カルボプラチン	<input type="checkbox"/> その他																								

術後内分泌療法	○なし ○あり(「あり」の場合、以下より選択する。)	
	<input type="checkbox"/> タモキシフェン	<input type="checkbox"/> トレミフェン
	<input type="checkbox"/> リュープロレリン	<input type="checkbox"/> アナストロゾール
	<input type="checkbox"/> レトロゾール	<input type="checkbox"/> フルベストラント
		<input type="checkbox"/> ゴセレリン
		<input type="checkbox"/> エキセメスタン
		<input type="checkbox"/> その他
術後分子標的薬・抗体療法	○なし ○あり(「あり」の場合、以下より選択する。)	
	<input type="checkbox"/> トラスツズマブ	<input type="checkbox"/> ペルスツズマブ
	<input type="checkbox"/> ラパチニブ	<input type="checkbox"/> ペバシズマブ
	<input type="checkbox"/> TDM-1	<input type="checkbox"/> エベロリムス
		<input type="checkbox"/> その他
術後治療その他	○なし ○あり	
術後放射線療法有無	○なし ○あり ○不明(「あり」の場合、以下入力する。)	
	西暦_____年____月____日	○不明 (術後放射線療法がある場合その開始日を記入する)
	<input type="checkbox"/> 全乳房	<input type="checkbox"/> 腫瘍床(部分照射)
	<input type="checkbox"/> 腋窩	<input type="checkbox"/> 胸骨傍
	<input type="checkbox"/> 鎖骨上	<input type="checkbox"/> 胸壁
	<input type="checkbox"/> その他	
	総線量・分割 _____Gy/_____回	(総線量は小数点1桁まで記入)

B3b. 退院時情報

退院日	西暦_____年____月____日
	<input type="checkbox"/> 術後90日以上長期入院
退院時転帰	<input type="checkbox"/> 生存
	<input type="checkbox"/> 死亡 死亡年月日 西暦_____年____月____日