

※いずれかに○をしてください。

5. 診療目的

[主病名 ・ 副病名1 ・ 副病名2 ・ 副病名3]

診療目的	内 容		
<input type="checkbox"/> 1.診断検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 脳波(術中も含む) <input type="checkbox"/> 核医学 (SPECT,PET) <input type="checkbox"/> 高次脳機能検査 <input type="checkbox"/> 脊髓造影 <input type="checkbox"/> カテーテル血管撮影・読影 <input type="checkbox"/> その他	診断医 1 _____ 4 _____ 2 _____ 5 _____ 3 _____ 6 _____ ※診断医は、主治医と同じ場合は記入不要。	
		実施医 1 _____ 4 _____ 2 _____ 5 _____ 3 _____ 6 _____	
	<input type="checkbox"/> 2.教育入院		
	<input type="checkbox"/> 3.内科治療	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> 脳保護療法*(エダラボン) <input type="checkbox"/> 抗浮腫療法*(グリセリン・マンニトール) <input type="checkbox"/> けいれん・てんかん 薬物治療 <input type="checkbox"/> 頭痛 薬物治療 <input type="checkbox"/> モニタリング下の神経集中治療 <input type="checkbox"/> 感染症治療 <input type="checkbox"/> その他	実施医 1 _____ 4 _____ 2 _____ 5 _____ 3 _____ 6 _____
<input type="checkbox"/> 4.手術	_____ 回 (5回まで入力可)	『5-4. 手術』と『6. 病名・術式情報』の術式欄を回数分コピーし、記入。	
<input type="checkbox"/> 5.化学療法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 静注 <input type="checkbox"/> 髄注 <input type="checkbox"/> 脳内留置 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> その他	実施医 1 _____ 4 _____ 2 _____ 5 _____ 3 _____ 6 _____	
<input type="checkbox"/> 6.放射線治療	定位放射線治療 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	実施医 1 _____ 2 _____ <input type="checkbox"/> その他、他科の医師 3 _____	
	定位放射線治療以外 <input type="checkbox"/> 局所照射 <input type="checkbox"/> 全脳照射 <input type="checkbox"/> 全脊髄照射 <input type="checkbox"/> その他 (陽子線、重粒子線)		
	治療日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
<input type="checkbox"/> 7.リハビリテーション			
<input type="checkbox"/> 8.終末期管理			
<input type="checkbox"/> その他の脳腫瘍補助療法	<input type="checkbox"/> 免疫療法 <input type="checkbox"/> オプチューン		

5-4. 手術

※同一病名に手術が複数回ある場合は本ページをコピーして以下に記入して下さい。

回数: _____ 回

手術日	20 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
手術時年齢	____ 歳(自動計算)	自動計算のため、JND画面での入力は不要。
麻酔法	<input type="radio"/> 全身麻酔 <input type="radio"/> 局部麻酔 <input type="radio"/> 全身麻酔併用覚醒下 <input type="radio"/> その他	
手術回数	<input type="radio"/> 同一病変の初回手術 <input type="radio"/> 同一病変の2回目以降の手術	
手術者	術者 1 :	開頭術者 2 :
	術者 2 :	助手 1 :
	指導的助手 1 :	助手 2 :
	指導的助手 2 :	助手 3 :
	開頭術者 1 :	助手 4 :
	助手 5 :	見学 1 :
		見学 2 :
		見学 3 :
		見学 4 :