

膵癌ハイリスクチェックリスト

当院記入欄
ID

医療機関名

患者氏名

医師名

に をお願いします

<input type="checkbox"/>	膵癌の家族歴（親・兄弟・姉妹に1人以上の膵癌）
<input type="checkbox"/>	新規糖尿病発症 or 糖尿病の急激な増悪
<input type="checkbox"/>	慢性膵炎
エコー・CT・MRIなどの画像検査で	
<input type="checkbox"/>	膵腫瘍を認める
<input type="checkbox"/>	膵管に異常を認める（3mm以上の拡張や狭窄所見など）
<input type="checkbox"/>	5mm以上の膵嚢胞性病変を認める
<input type="checkbox"/>	限局性膵萎縮所見※を認める （※画像上 萎縮面積 \geq 最大径 \times 最小径 \geq 50mm ² ）
<input type="checkbox"/>	その他、膵臓に関連する症状、膵酵素・腫瘍マーカー上昇

該当項目が1つでもあれば

ごく簡単な診療情報提供書とともに”消化器内科宛”にご紹介ください。

