

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"/> | 膵腫瘤を認める |
| <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。

