わたしの手術記録

●手術日：　　年　月　日　　右／左

●病　院：　　TEL：

●主治医の名前：

●術　式：　定型　非定型
温存（扇状・円状・腫瘤摘出）

●腫瘍の大きさ（病理浸潤径）：　　cm ×　　cm

●センチネルリンパ節生検の実施：　なし　あり（陰性　陽性）

●腋窩リンパ節郭清の実施：　なし　あり

●リンパ節移転の数：　　個／　　個中

●組　織　型：

●グ　レ　ー　ド：　1 ／ 2 ／ 3

●ホルモン受容体

エストロゲン受容体：　陰性 ／ 陽性

プロゲステロン受容体：　陰性 ／ 陽性

●HER2（ハーツー）受容体

染色法：　0　1＋　2＋　3＋

FISH法：　陰性 ／ 陽性