

粒子線治療患者紹介用 FAX(1) 送信先:0791-58-2600

兵庫県立粒子線医療センターあて

主治医への返信は翌日(休日を除く)になります。
※翌日に届いていない場合は
0791-58-0100までご連絡下さい。

● 貴施設情報

送信日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴施設名 _____

貴施設住所 〒 _____

診療科 _____ 電話番号 _____ FAX _____

医師名 _____ 担当看護師 _____

e-mail _____

● ご紹介患者情報

(フリガナ) _____

氏名 (漢字) _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____

住所 〒 _____ - _____

TEL _____ FAX _____

主訴: _____

診断名: _____

病理学的診断: _____

TNM 分類 T _____ N _____ M _____ Stage _____, 不明

最近の血液データ 検査日(____月____日)WBC _____ Plt _____ Hb _____ クレアチニン値 _____

合併症 なし あり 内容(_____) ペースメーカーあり

現在までのがん治療 なし あり(手術、化学療法、放射線療法、IVR、その他)

患者に対する説明内容(_____)

貴院カンサーボードの実施 実施 未実施

当センター医師への事前相談 あり(医師名: _____) なし

現在までの経過:

お問い合わせ:

兵庫県立粒子線医療センター TEL:0791-58-0100(代表) <http://www.hibmc.shingu.hyogo.jp/>

FAX:0791-58-2600

粒子線治療患者紹介用 FAX (2) 送信先:0791-58-2600

兵庫県立粒子線医療センターあて

胸壁浸潤肺がん, パンコースト型肺がん チェック項目と検査項目

1. 適格条件 (はい, いいえ のいずれかの該当する項目に○をつけて下さい)

- | | | |
|---|----|-----|
| 1) 病理学的に(細胞診悪性を含む)原発性の非小細胞肺がんである. | はい | いいえ |
| 2) 肺野型胸壁浸潤肺がん または パンコースト型肺がんである. | はい | いいえ |
| 3) 腫瘍最大径10cm 以下の NOMO症例である. | はい | いいえ |
| 4) 粒子線治療開始時に測定可能な病変がある. | はい | いいえ |
| 5) 化学療法施行例では粒子線治療開始までに中止される. | はい | いいえ |
| 6) Performance Status (PS) が0, 1, 2である. | はい | いいえ |
| 7) 照射時の姿勢保持(約30分間の臥位)が可能である. | はい | いいえ |
| 8) 主要臓器機能が保たれている. | はい | いいえ |
| 9) 粒子線治療部位への放射線治療の既往がない. | はい | いいえ |
| 10) 高度の間質性肺炎を合併していない. | はい | いいえ |
| 11) 粒子線治療部位に活動性の感染症がない. | はい | いいえ |
| 12) 活動性の重複がんや重篤な合併症がない. | はい | いいえ |

2. 粒子線治療開始に必要な検査

必須検査リスト	実施日(西暦)	実施チェック
病理診断レポート	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
血液・生化学検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
腫瘍マーカー	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
脳 MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
胸部-上腹部造影 CT	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
全身 FDG-PET	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
スパイロメトリー	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定

* 粒子線治療前の画像・血液検査は過去8週間以内に実施されていることが必要です。

3. 記入確認 にチェックをお願いします。

- A. 適格条件がすべて『はい』で, 必須検査がすべて施行されている.
- B. 適格条件がすべて『はい』で, 必須検査の一部が施行されている.
- C. 上記 A/B のいずれでもない.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

4. 粒子線治療後は貴院で検査・診察など経過観察は可能ですか? はい いいえ

(貴院での経過観察をお願いできない場合には治療はお受けできません)

お問い合わせ:

兵庫県立粒子線医療センター TEL:0791-58-0100(代表)
FAX:0791-58-2600

<http://www.hibmc.shingu.hyogo.jp/>