● 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・ICD　□あり　　自己ペーシング　□あり□なし　自己ペーシングなしの場合は不適格となります

ペースメーカー・ICDを挿入した医療機関（　　　　　　　　　　　　）診療科（　　　　　　科）医師名（　　　　　　　　　　）

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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

貴院キャ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：

頭蓋底腫瘍　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）病理学的または画像診断学的に頭蓋底原発の脊索腫，

　　軟骨肉腫または髄膜腫であることが確認されている． ***はい　　いいえ***

２）腫瘍最大径10cm以下のN0M0症例である． ***はい　　いいえ***

３）粒子線治療開始時に測定可能な病変がある． ***はい　　いいえ***

４）Performance Status（PS）が0, 1, 2である． ***はい　　いいえ***

５）照射時の姿勢保持 (約30分間の臥位または坐位) が可能である． ***はい　　いいえ***

６）主要臓器機能が保たれている． ***はい　　いいえ***

７）同部位への放射線治療の既往がない． ***はい　　いいえ***

８）同部位に活動性の感染症がない． ***はい　　いいえ***

９）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 | □済　□未　□予定 |
| 血液・生化学検査 | 　　　　年　　月　　日 | □済　□未　□予定 |
| 頭頸部MRI | 　　　　年　　月　　日 | □済　□未　□予定 |
| 頸部-上縦隔CT | 　　　　年　　月　　日 | □済　□未　□予定 |
| 骨シンチ | 　　　　年　　月　　日 | □済　□未　□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．**

**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）**