● 貴施設情報 　　　　　　 送信日　　　　　　年　　　　月　　　　日

貴施設名

貴施設住所 〒

診　療　科 　 　　　　　　　　　　　　　　　　医 師 名

担当部署　　 　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

電話番号 　 　　　　　　返信先FAX

● 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　　　　 　　　　　　　　　携帯電話番号

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：

前立腺がん　チェック項目と検査項目

**１．病状サマリー　　　　＿＿に数値を記入，（　）内のいずれかに○をつけて下さい．**

**初診時（内分泌療法前）最大PSA値＿＿＿＿ng/ml　（＿＿＿年＿＿月＿＿日）**

**初診時の腫瘍局在：（***右，左，両側***）　 その診断根拠：（***MRI，エコー，触診***）**

**被膜外浸潤の有無：（***あり　なし***） 精嚢浸潤の有無：（***あり　なし***）**

**生検結果（positive core数）　右＿＿/＿＿＿， 左＿＿/＿＿＿　Gleason スコア＿＿＋＿＿**

**内分泌療法の有無：（***あり　なし***）現在までの施行期間＿＿＿＿か月**

**薬剤名　＿＿＿＿＿＿　施行期間＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日**

**薬剤名　＿＿＿＿＿＿　施行期間＿＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿＿年＿＿月＿＿日**

**直近のPSA値＿＿＿＿ng/ml　（＿＿＿年＿＿月＿＿日）　PSA再然の有無：（***あり　なし***）**

**２．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）病理学的に原発性の前立腺がんであることが確認されている． 　　***はい　　いいえ***

２）診断確定時の全身検索でリンパ節転移，遠隔転移を認めない．　　 　　***はい　　いいえ***

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

４）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***

５）主要臓器機能が保たれている． 　　　　　　　***はい　　いいえ***

６）照射部位への放射線治療の既往がない． 　　***はい　　いいえ***

７）照射部位に活動性の感染症がない． 　　***はい　　いいえ***

８）活動性の重複がんや重篤な合併症がない． 　　***はい　　いいえ***

９）高度の糖尿病（HbA1c 8.0%以上またはインスリン30単位/日以上）がない 　　***はい　　いいえ***

10）人工骨頭（金属）が留置されていない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ***はい　　いいえ***

**３．粒子線治療開始に必要な検査**

| 検査チェックリスト | 診断確定時（必須） | 最新の検査 | 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（HbA1c含む） | 　　　　年　　　月　　日 | 　　　　年　　　月　　日 | □済　□未　□予定 |
| 腫瘍マーカー（PSA） | 　　　　年　　　月　　日 | 　　　　年　　　月　　日 | □済　□未　□予定 |
| 前立腺MRI | 　　　　年　　　月　　日 | 　　　　年　　　月　　日 | □済　□未　□予定 |
| 胸腹部-骨盤造影CT | 　　　　年　　　月　　日 | ＊＊＊＊＊＊＊＊＊ | □済　□未　□予定 |
| 骨シンチ | 　　　　年　　　月　　日 | ＊＊＊＊＊＊＊＊＊ | □済　□未　□予定 |
| 直腸内視鏡（ポリープ等の有無） | 　　　　年　　　月　　日 | ＊＊＊＊＊＊＊＊＊ | □済　□未　□予定 |

**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）**