

粒子線治療患者紹介用 FAX(1) 送信先:0791-58-2600

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 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 ()

貴院がんボードの実施 ☐ 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:

診察方法についての患者さんの希望

☐ 対面診察 ☐ オンライン診療 ☐ どちらでも可

オンライン診療をご希望の場合は、事前に保険証・クレジットカード番号などの登録が必要です
オンライン診療・対面診察のどちらとも、紹介状や検査資料などは事前に直接当センター 医事課
にご送付ください

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

チェック項目と検査項目

1. 病状サマリー

腫瘍の部位: _____ 最大径 : _____ cm

病理診断 : _____ 前治療の有無 : あり ・ なし

前治療ありの場合 治療法 : 化学療法 ・ 手術 (内容 _____)

化学療法の場合 使用薬剤 : _____ X _____ クール

前治療施行日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

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) 病理学的に悪性と診断された最大径13cm 以下の原発性腫瘍. | はい | いいえ |
| 2) 腫瘍と消化管との距離は少なくとも2cm 以上離れている. | 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) 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) 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 |
| 8) 粒子線治療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 |

3. 粒子線治療開始に必要な検査

検査チェックリスト	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
腫瘍マーカー	年 月 日	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定
胸部 CT	年 月 日	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定
病変部 MRI	年 月 日	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定
病変部 CT	年 月 日	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定
全身 FDG-PET/CT	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.

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/>