

送信先:0868-21-8151

送信日: 年 月 日

がん陽子線治療センター 患者様紹介用FAX(1/2)

※この書類は貴院書式の紹介状と共に送信いただきますようお願い申し上げます

一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 がん陽子線治療センター 宛

■貴施設情報

貴施設名	
貴施設住所 (〒 -)	
電話番号 - -	FAX - -
診療科名	医師名

■御紹介患者様情報

(カタカナ) 氏名 (漢字)	生年月日 年 月 日 年齢 歳 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
住所 (〒 -)	
電話番号 - -	FAX - -
主訴	
診断名	
病理学的診断	
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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体内金属(頭頸部の場合は歯科処置も含む)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
現在までの	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
がん治療	<input type="checkbox"/> 手術、 <input type="checkbox"/> 化学療法、 <input type="checkbox"/> 放射線療法、 <input type="checkbox"/> IVR、 <input type="checkbox"/> その他()
告知の状況	<input type="checkbox"/> 病名まで <input type="checkbox"/> 予後まで
(ご本人に対して)	<input type="checkbox"/> その他治療法について()

お問い合わせ先: 一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 がん陽子線治療センター

TEL:0868-21-8150(直通) FAX:0868-21-8151 URL:http://top.tch.or.jp/

※足りない場合は、2枚目の備考欄にご記入下さい。

陽子線治療センター 患者様紹介用FAX(2/2)

一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 がん陽子線治療センター 宛

脳腫瘍 チェック項目と検査事項

1.適格条件 はい、いいえ のいずれかで該当する項目にチェックをつけて下さい

1) 病理学的に原発性の脳腫瘍であると診断され、他に有効な治療法がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) 腫瘍最大径 10cm 以下の M0 症例である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) 髄膜播種病変がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4) 陽子線治療開始時に測定可能な病変がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5) Performance Status(PS)が 0、1、2 である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6) 照射時の姿勢保持(約 30 分間の臥位)が可能である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7) 主要臓器機能が保たれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8) 陽子線治療部位への放射線治療の既往がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9) 活動性の重複がんや重篤な合併症がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10) 陽子線治療部位に活動性の感染症がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

2.陽子線治療開始までにしておくことが望ましい検査

検査チェックリスト	実施日(必須)	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
頭部 MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
頭部-頸部 CT	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定

※陽子線治療前の画像・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.口腔内情報 (照射前に歯牙処置が必要になる場合がありますので、ご記載をお願いします)

1) 義歯 総義歯 ・ 部分義歯 ・ なし

2) 金属冠 あり ・ なし

3) その他 留意事項 ()

4.記入確認 該当する項目にチェックをつけて下さい

A.適格条件がすべて『はい』で、2.の検査がすべて施行されている	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C.上記 A/B のいずれでもない	<input type="checkbox"/>

当院で治療後は貴院で検査・診察など経過観察をお願い致します。

備考欄：

お問い合わせ先：一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 がん陽子線治療センター

TEL:0868-21-8150(直通) FAX:0868-21-8151 URL:<http://top.tch.or.jp/>

院内記入欄 (適応・不適応)