**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) |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 (漢字) |  | | | | | | | | 年齢 | | | 歳　（　□男　□女　） | | |
| 住所 | (〒　　　　-　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | - - | | | | | | FAX | | | | - - | | | |
| 主訴 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 病理学的診断 |  | | | | | | | | | | | | | |
| TNM分類  (UICC第7版) | cT | | cN | | | cM | | | | cStage | | | | □不明 |
| pT | | pN | | | pM | | | | pStage | | | | □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 □なし | | | | | | | | | | | | | |
| 体内金属(頭頚部の場合は歯科処置も含む) | | | | | □あり □なし | | | | | | | | | |
| 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(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 告知の状況  （ご本人に対して） | □病名まで □予後まで  □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。

**がん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 がん陽子線センター 宛

**前立腺がん チェック項目と検査項目**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.病状サマリー　下記に数値を記入、あるいは、いずれかにチェックをつけて下さい** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 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 | | | | | ヶ月 | | |
| 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再燃の有無 | | | | | □あり □なし |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.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 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.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 | | | | | 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) | | | | | 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 | |
| 腹部－骨盤造影CT | | | | | 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 | |
| 骨シンチグラム | | | | | 年　 月　 日 | | | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | | | | □済 □未 □予定 | |
| **当院で治療後は貴院にて検査・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　）