

**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	( <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					
TNM分類	cT	cN	cM	cStage	<input type="checkbox"/> 不明
(UICC第7版)	pT	pN	pM	pStage	<input type="checkbox"/> 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	<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。

# 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

<b>1.病状サマリー</b> 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	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	診断根拠	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 触診
被膜外浸潤の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精嚢浸潤の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生検結果(positive core 数)	右 / 左	Gleason スコア	+
内分泌療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<b>2.適格条件</b> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) Performance Status(PS)が 0、1、2 である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5) 主要臓器機能が保たれている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6) 照射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
7) 照射部位に活動性の感染症がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8) 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
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<b>3.陽子線治療開始までにしておくことが望ましい検査</b>			
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	*****	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
血液・生化学検査(HbA1c)	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
腫瘍マーカー(PSA)	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
前立腺 MRI	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
腹部一骨盤造影 CT	年 月 日	*****	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
直腸内視鏡(ポリープ等の有無)	年 月 日	*****	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
骨シンチグラム	年 月 日	*****	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 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 )