

陽子線治療患者紹介用紙

大阪陽子線クリニック宛

1. 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) 肺葉切除が不能と判断される はい いいえ
- 2) 細胞診・組織診で証明された非小細胞肺癌、または臨床的原発性肺癌である はい いいえ
- 3) 腫瘍の大きさが7cm以下である はい いいえ
- 4) 画像検査(PET・MRI・CT)でリンパ節転移や遠隔転移がない はい いいえ

(参考) * 除外基準 *

- ・CT 画像にて間質陰影を認める、または KL-6、SP-D 値が高値
- ・照射時の姿勢(約30分間の背臥位)が不可能である
- ・照射予定部位の放射線治療の既往がある

2. 陽子線治療開始に必要な検査

必須検査リスト	実施日(西暦)	実施チェック
病理診断レポート	年 月 日	<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
腫瘍マーカー	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
胸腹部 CT	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定
全身 PET-CT	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
呼吸機能検査(一秒量、拡散能力)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 予定

3. 記入確認 にチェックをお願いします。

- A. 適格条件がすべて『はい』で、必須検査がすべて施行されている。
- 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。
- C. 上記 A/B のいずれでもない。

4. 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

お問い合わせ先:

大阪陽子線クリニック 06-6462-1888 FAX:06-6462-1122