

陽子線治療患者紹介 申し込み用紙
大阪陽子線クリニック宛

FAX : 06-6462-1122 TEL : 06-6462-1888

年 月 日

【先進医療特約の加入 有・無 : 自費 300万円】

☐セカンドオピニオンの場合は☐にレ点を入れてください

● 貴施設情報

貴施設名	
貴施設住所 〒	—
TEL	FAX
診療科	医師名

【ご担当者様ご連絡先】

所属

氏名

FAX

※ご予約等のご連絡を致します。

ご記入をお願い致します。

● ご紹介患者情報

(フリガナ)	
氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日 年齢
住所 〒	
TEL	携帯
診断名:	
病理学的診断:	

【受診希望日】

☐ なし ☐ あり

① 月 日 (AM・PM)

② 月 日 (AM・PM)

③ 月 日 (AM・PM)

※ご希望にそえない場合があります
ことをご了承下さい。

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 ()			
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)				
貴院がんセンターボードの審査	☐ 実施 ☐ 未実施				

● 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) 肺手術の希望がないあるいは手術適応がない	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) 病理的ないし画像的に非小細胞肺がん、臨床的原発性肺がん、転移性肺がんである	はい	いいえ
4) Performance Status (PS) が0, 1, 2である	はい	いいえ
5) 胸部X線画像にて間質陰影を認められず、またはK L -6値が高値でない	はい	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	はい	いいえ
7) 照射部位への放射線治療の既往がない (病変部外の照射歴についてはご相談下さい)	はい	いいえ
8) ペースメーカーを使用していない (使用されている場合、治療は行えません)	はい	いいえ

● 陽子線治療開始に必要な検査 (可能な限り紹介時検査済みが望ましい) ※診察時ご持参下さい

項目リスト	実施チェック	施行・予定日 (必須)
病理診断レポート	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
血液・生化学検査結果	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
腫瘍マーカー	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
胸部 Xp (正・側)	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
胸腹部 CT (造影)	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
PET-CT	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
頭部MRI (造影)	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
呼吸機能検査 (1秒量・拡散能)	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
心電図	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日
心機能検査 (EFを含む)	☐ 済 ☐ 未 ☐ 予定	年 月 日

※手術をされた経緯がある場合は手術記録もお願い致します。

● 陽子線治療中・治療後は貴院で検査・診察など経過観察は可能ですか？

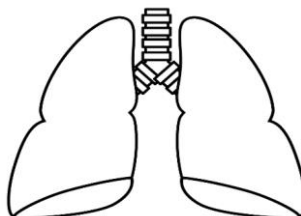
はい いいえ

● 治療中、通院は可能ですか？

はい いいえ

★画像レポートのFAXが不鮮明なことが多いため

病変模式図にしるしをお願い致します



径4cmまでは保険収載済み

(2024年6月より)

* 貴院の別紙診療情報提供書を添付ください