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 〒　　ー　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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いたします。

ご記入をお願いいたします。

● ご紹介患者情報

（フリガナ）

氏名　（漢 字）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 男 ・ 女 ）

生年月日 ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　年齢＿＿＿

住所　〒　　－　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿

主訴: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【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ください。

診断名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病理学的診断: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（　　）

ペースメーカー　☐ なし　☐ あり

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）

現在までの経過:

＊診療情報提供書の添付をお願いします。

患者に対する説明の概要:

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

肺がんチェック項目と検査項目

1.　適格条件（はい，いいえ　のいずれかの該当する項目に〇をつけて下さい）

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）病名告知がされている。　*はい　いいえ*

3）Performance　Status（PS）が0，1，2，である。　*はい　いいえ*

4）細胞診・組織診で証明された細胞肺癌、または臨床的原発性肺癌

再発性肺がん、臨床的転移性肺がんである。（注①、②を満たす）*はい　いいえ*

注① 原発性肺癌

a.　組織/細胞診で肺癌の確定診断が得られている

b.　組織未確定であるが、以下の条件を満たす
・28日以上の間隔で1mm 以上の増大、または、C/T>50%に変化
・FDG-PET で明らかな異常集積

c.　組織未確定症例の場合は、最新の検査値あるいは評価が以下のすべてを満たし、小細胞肺癌が否定的である
・NSE＜ 16.3 ng/mL
・ProGRP＜ 81 pg/mL（腎障害例では100 pg/mL 未満）
・腫瘍随伴症状(SIADH，異所性 ACTH 症候群，Lambert-Eaton 症候群)を認めない

d.　胸部単純 X 線検査(正・側)、胸腹部造影 CT、頭部造影 MRI、FDG-PET にて孤立性肺腫瘍と診断されている。（リンパ節転移や遠隔転移がない）

注② 転移性肺癌

原発巣は制御され、3個以下の肺転移病変のみであることが、
胸部単純 X 線検査(正・側)、胸腹部造影 CT、頭部造影 MRI、
FDG-PET にて確定していること

1）呼吸機能検査：FEV1.0＞ 700mL が望ましい

2）最新の検査値で以下のすべてを満たすことが望ましい

a）白血球数≧2,000/mm^3

b）ヘモグロビン≧8.0 g/dL

c）血小板数≧3.0×10^4 / mm^3

d）総ビリルビン≦2.0 mg/dL

e）KL-6＜ 500 U/mL

f）SpO2（room air）≧92 %

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

注③ **（参考）　＊除外基準＊**

・胸部 X 線画像にて間質陰影を認める、または KL-6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（病変部外の照射歴についてはご相談ください）

・ペースメーカーの埋め込みがされている。

2.　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）

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	□済　□未　□予定
血液・生化学検査（含む Hba1, 空腹時 BS KL6 AST, ALT, LDH, T-Bil, Alb, Cre, CRP）	年　月　日	□済　□未　□予定
腫瘍マーカー CEA, CYFRA, ProGRP, (組織未診断例は ProGRP および NSE は必須)	年　月　日	□済　□未　□予定
胸部 Xp（正・側）	年　月　日	□済　□未　□予定
胸腹部 CT（造影）	年　月　日	□済　□未　□予定
全身 PET-CT	年　月　日	□済　□未　□予定
頭部 MRI（造影）	年　月　日	□済　□未　□予定
呼吸機能検査（一秒量、拡散能）	年　月　日	□済　□未　□予定
心電図	年　月　日	□済　□未　□予定
心機能検査（EF を含む）	年　月　日	□済　□未　□予定

3.　治療中、通院は可能ですか？　*はい　いいえ*

4.　陽子線治療中は貴院で検査・診察など経過観察は可能ですか？　*はい　いいえ*

5.　陽子線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*