

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

□ 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

## ● ご紹介患者情報

(アカナ)	
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:	
TNM分類 T	N M Stage NCCNリスク分類 □ 不明
併発症	□ 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)
貴院キヤンサーボードの審査	□実施 □未実施

## 【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。

## 【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。

## ● 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) 病理学的に原発性の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) 活動性の重複がんや重篤な合併症がない	はい	いいえ
4) Performance Status (PS) が0, 1, 2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) 照射部位に活動性の感染症がない	はい	いいえ
9) 人工骨頭(金属)が留置されていない	はい	いいえ
10) 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

## 1. 病状サマリー \_\_\_\_に数値を記入、( )内のいずれかに○をつけて下さい

診断時PSA値\_\_\_\_ng/ml (\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

画像診断: ( MRI エコー )

被膜外浸潤の有無: ( なし あり ) 精嚢浸潤の有無: ( あり なし )

病理診断(陽性コア/生検数): 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\_\_\_\_ 用量:\_\_\_\_ 施行期間\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日~\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

薬剤名\_\_\_\_ 用量:\_\_\_\_ 施行期間\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日~\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

直近のPSA値\_\_\_\_ng/ml (\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

## 2. 初診時に持参して頂くもの

項目リスト(*必須)	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(PSA含む)	□済 □未 □予定	年 月 日
前立腺MRI結果(+複写CD)	□済 □未 □予定	年 月 日
腹部-骨盤CT結果(+複写CD)	□済 □未 □予定	年 月 日
骨シンチ結果(+複写CD)	□済 □未 □予定	年 月 日
直腸内視鏡検査所見	□済 □未 □予定	年 月 日

## 3. 陽子線治療後の診察は、貴院で対応いただけますか?

はい いいえ

\* 貴院の診療情報提供書を添付ください