

# トモセラピー (IMRT: 強度変調放射線治療専用機) 問診表 【頭頸部腫瘍専用】

お申込みの際は必ず **診療情報提供書** を添付して下さい。

申込日	平成 年 月 日		
ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
患者氏名			男・女
現在の状況	自宅療養 施設入所中 ( ) 入院中: 一般・療養・介護		
活動状況	自立 寝たきり 車椅子 杖歩行	認知症	有 無
備考			

主 訴 \_\_\_\_\_

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( )

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 )

患者に対する説明内容 ( )

## 頭頸部腫瘍 (チェック項目と検査項目)

- |                                      |    |     |
|--------------------------------------|----|-----|
| 1) 病理学的に原発性の頭頸部悪性腫瘍である               | はい | いいえ |
| 2) Performance Status (PS) が0.1.2である | はい | いいえ |
| 3) 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 |
| 4) 治療部位への放射線治療の既往がない                 | はい | いいえ |
| 5) 活動性の感染症がない                        | はい | いいえ |
| 6) 重篤な合併症がない                         | はい | いいえ |

医療機関名称 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_

ご記入いただきました患者様のお名前等の個人情報は、当院での診療目的以外での利用または第三者への提供は一切行っておりません 2009.8