

トモセラピー (IMRT: 強度変調放射線治療専用機) 問診表 【前立腺がん専用】

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		明・大・昭・平	
患者氏名		生年月日	男・女
		年 月 日 (歳)	
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 ()

前立腺がん (チェック項目と検査項目)

1. 病状サマリー

初診時(内分泌療法前)最大PSA値 _____ ng/ml (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

初診時の腫瘍局在: (右、左、両側、不明) 左記の診断根拠: (MRI、エコー、触診)

被膜外侵潤の有無: (あり なし) 精嚢浸潤の有無: (あり なし)

生検結果 (positive core 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 _____ か月

薬剤名 _____ 施行期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬剤名 _____ 施行期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

直近のPSA値 _____ ng/ml (_____ 年 _____ 月 _____ 日) PSA再燃の有無: (あり なし)

2. 適格条件

- | | | |
|--|----|-----|
| 1) 病理学的に原発性の前立腺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査でリンパ節転移、遠隔転移を認めない | はい | いいえ |
| 3) Performance Status (PS) が0.1.2である | はい | いいえ |
| 4) 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 |
| 5) 治療部位への放射線治療の既往がない | はい | いいえ |
| 6) 活動性の感染症がない | はい | いいえ |
| 7) 重篤な合併症がない | はい | いいえ |
| 8) 高度の糖尿病(HbA1c 8.0%以上またはインスリン30単位/日以上)がない | はい | いいえ |

医療機関名称 _____

医師氏名 _____