**送信先：0868-21-8151 送信日：　　　　年　　月　　日**

**がん陽子線治療センター 患者様紹介用FAX（１／２）**

**※この書類は貴院書式の紹介状と共に送信いただきますようお願い申し上げます**

一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 がん陽子線治療センター 宛

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **■貴施設情報** | | | | | | | | | | | | | |
| 貴施設名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 貴施設住所 | (〒　　　　-　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | - - | | | | | | FAX | | | | - - | | |
| 診療科名 |  | | | | | | 医師名 | | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **■御紹介患者様情報** | | | | | | | | | | | | | |
| (ｶﾀｶﾅ) |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　月　日 | |
| 氏名 (漢字) |  | | | | | | | | 年齢 | | | 歳　（　□男　□女　） | |
| 住所 | (〒　　　　-　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | - - | | | | | | FAX | | | | - - | | |
| 主訴 |  | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 病理学的診断 |  | | | | | | | | | | | | |
| TNM分類  (UICC第7版) | cT | | cN | | | cM | | | | cStage | | | □不明 |
| pT | | pN | | | pM | | | | pStage | | | □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 | □あり □なし | | | | | | | | | | | | |
| 体内金属(頭頚部の場合は歯科処置も含む) | | | | | □あり □なし | | | | | | | | |
| 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(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 告知の状況  （ご本人に対して） | □病名まで □予後まで  □その他治療法について(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| **お問い合わせ先：**一般財団法人 津山慈風会 **津山中央病院 がん陽子線治療センター**  **TEL：０８６８－２１－８１５０（直通）　FAX：０８６８－２１－８１５１　URL：http://top.tch.or.jp/** | | | | | | | | | | | | | |

※足りない場合は、２枚目の備考欄にご記入下さい。

**がん陽子線治療センター 患者様紹介用FAX（２／２）**

一般財団法人 津山慈風会 津山中央病院 宛

**転移性腫瘍　チェック項目と検査事項**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.病状サマリー** | | |
| **転移性腫瘍の部位：　　肝　・　肺　・　リンパ節　　　最大径：　　　　　　　　cm**  **転移性腫瘍の病理診断：　　　　　　　　　　　　　　　　　原発巣部位：**  **前回の治療時期（原発巣を含む）：　　年　　　月　　　日　 （部位　　　　　　 ）**  **前回の治療法 　　　　　　 　　　　　　　今回の再発までの無病期間　　　　か月** | | |
| **2.適格条件　はい、いいえ のいずれかで該当する項目にチェックをつけて下さい** | | |
| 1）病理学的または臨床的に悪性腫瘍の転移と診断された単発腫瘍である | | □はい □いいえ |
| 2）治療対象となる転移性腫瘍以外に活動性の悪性病変を認めない | | □はい □いいえ |
| 3）転移性腫瘍と消化管との距離は少なくとも2cm以上離れている | | □はい □いいえ |
| 4）陽子線治療開始時に測定可能な病変がある | | □はい □いいえ |
| 5）Performance Status(PS)が0、1、2である | | □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）主要臓器機能が保たれている | | □はい □いいえ |
| 8）全身転移の可能性があることを患者本人が理解している | | □はい □いいえ |
| 9）陽子線治療部位への放射線治療の既往がない | | □はい □いいえ |
| 10）陽子線治療部位に活動性の感染症がない | | □はい □いいえ |
|  | | |
| **3.陽子線治療開始までにしておくことが望ましい検査** | | |
| 検査チェックリスト | 実施日(必須) | 実施チェック |
| 転移性腫瘍病理診断レポート | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| 転移性腫瘍部CT | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| 転移性腫瘍部MRI | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| 全身PET-CT | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| 骨シンチ | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| 脳MRI | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| 原発部位の再発を否定する画像検査 | 実施日 | 実施チェック |
| 胸部造影CT | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| 腹部-骨盤造影CT | 年　 月　 日 | □済 □未 □予定 |
| ※陽子線治療前の画像・血液検査は過去８週間以内に実施されていることが必要です | | |
| **当院で治療後は貴院で検査・診察など経過観察をお願い致します。** | |  |
| 備考欄： | | |
| **お問い合わせ先：**一般財団法人 津山慈風会 **津山中央病院 がん陽子線治療センター**  **TEL：０８６８－２１－８１５０（直通）　FAX：０８６８－２１－８１５１　URL：http://top.tch.or.jp/** | | |

院内記入欄　（　適応・不適応　）