大阪医科薬科大学　関西ＢＮＣＴ共同医療センター

**ＢＮＣＴ適用確認申込書【１】（頭頸部癌用）**

**FAX（072）684-5730**連絡先【直通】TEL（072）684-7121

受付時間　平　日／9：00～16：30　 土曜日／9：00～12：00（正午）※第2・4土曜日は休診

※この申込書は頭頸部癌専用です。他の疾患には使用できません

※治療の経過を記載いただいた診療情報提供書も併せてFAXをお願いします

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患 者 情 報 | フリガナ |  | 旧姓 | 男・女 | 大阪医科薬科大学病院受診歴　　ID No |
| 氏　　　名 |  |  |
| 生 年 月 日 | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日生　（　　　　　歳） |
| 住 所 | 〒 |
| 電 話 番 号 | (自宅)　　　　　　 |  | (携帯) |  |
| 移 動 方 法 | □独歩　　□車いす　　□ストレッチャー　　□その他 |
| 介護保険 | □有　　　□無 |
| ケアマネジャー | (名前) |  | (連絡先) |  |
| 患 者 状 況 | □外来　　□入院中 |
| 紹 介 目 的 |  |
| 主訴・傷病名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 療 機 関 情 報 | 医療機関名住所電話番号ＦＡＸ番号 | （〒 　 - 　 ） |
| 担当科・医師名 | 　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生 |
| 医師 E-mailアドレス | @  |
| 取次部署・担当者名 |  |

※病状の確認等、ご担当医師にE-mailで直接連絡を取らせていただく場合がございます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診 断 情 報 | 診　断　名 | 病理学的診断： |
| ＴＮＭ分類他 | Ｔ　Ｎ　Ｍ　単発・複数（　　　　）　Stage：Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　不明 |
| がん治療歴 | □なし　□あり（□手術　□化学療法　□放射線療法　□ＩＶＲ、□その他） |
| ｷｬﾝｻｰﾎﾞｰﾄﾞ | □実施あり　　　□実施なし |
| 合 併 症 | □無　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□不明 |
| 透 析 | □無　　　□有　　　□不明 |
| ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ | □無　　　□有　　　□不明 |

大阪医科薬科大学　関西ＢＮＣＴ共同医療センター

**ＢＮＣＴ適用確認申込書【２】（頭頸部癌用）**

**FAX（072）684-5730**連絡先【直通】TEL（072）684-7121

受付時間　平　日／9：00～16：30　 土曜日／9：00～12：00（正午）※第2・4土曜日は休診

※この申込書は頭頸部癌専用です。他の疾患には使用できません

※治療の経過を記載いただいた診療情報提供書も併せてFAXをお願いします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供できる診療情報（年月日は最新のものをご提供ください） | 病理検査 | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| 画 像 検 査 | ＣＴ | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| ＭＲＩ | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| ＲＩ | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| ＰＥＴ | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| ＵＳ | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| その他 | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| 血液検査生化学検査 | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| 手術記録 | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| 放射線治療歴 | □有（　　年　　月　　日）　　　□無　　　□不明 |
| その他 |  |

※『提供できる診療情報』で「有」にチェックの場合、最新の診療情報を必ずご用意ください

※『放射線治療歴』には、照射録、治療計画データCD-Rを含みます

（DICOM-RTフォーマット①RT Structure set、②RT Plan、③RT Dose、④RT Image、⑤RT Treatment Record）

大阪医科薬科大学　関西ＢＮＣＴ共同医療センター

**ＢＮＣＴ適用確認申込書【３】（頭頸部癌用）**

**FAX（072）684-5730**連絡先【直通】TEL（072）684-7121

受付時間　平　日／9：00～16：30　 土曜日／9：00～12：00（正午）※第2・4土曜日は休診

※この申込書は頭頸部癌専用です。他の疾患には使用できません

※治療の経過を記載いただいた診療情報提供書も併せてFAXをお願いします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 適格条件 | 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 | 腫瘍最大径200㎜以下の症例である | □はい　□いいえ |
| 3 | 頸部リンパ節転移陽性例では頸部郭清術がすでに行われているか | □はい　□いいえ |
| 4 | ＢＮＣＴ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1時間の臥位または座位）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 | ＢＮＣＴ治療部位への放射線治療の既往がある | □はい　□いいえ |
| 9 | ＢＮＣＴ治療部位に活動性の感染症がない | □はい　□いいえ |
| 10 | 活動性の重複がんや重篤な合併症がない | □はい　□いいえ |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| その他の情報 | 体内金属 | □有（　　　　　　　　　）　　　□無　　　□不明 |
| 口腔内 | 義歯 | □有（　　　　　　　　　）　　　□無　　　□不明 |
| 金属冠 | □有（　　　　　　　　　）　　　□無　　　□不明 |

ＢＮＣＴ認定医による受診の可否判断のため、2-3日の時間をいただきます

適格条件、適用判断などにより受診できない場合があることを承諾します はい　　いいえ

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

※貴院での経過観察をお願いできない場合には治療はお受けできません

※治療後の定期的な予後調査へのご協力もお願いしております

　　　年　　　月　　　日

所属　　　　　　　　　　　　主治医