

BNCT適用確認申込書【1】(頭頸部癌用)

●センター直通… FAX (072) 684-5730 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

※治療の経過を記載いただいた診療情報提供書・血液検査結果も併せて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・西暦 年 月 日生 (歳)			
	住 所	〒			
	電 話 番 号	(自宅) (携帯)			
	移 動 方 法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他			
	介護保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	ケアマネジャー	(名前) (連絡先)			
	患 者 状 況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 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(部署名) ※FAX番号(部署名)	
	担 当 科 ・ 医 師 名	科 先生
	取次部署・担当者名	

※詳細確認のため、ご連絡差し上げる場合がございます。やりとりの可能なご連絡先、または取次ぎいただける部署をご記入お願いいたします。

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> IVR、 <input type="checkbox"/> その他)		
	がんサポート	<input type="checkbox"/> 実施あり <input type="checkbox"/> 実施なし		
	合 併 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明		
		透 析	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		

BNC T 適用確認申込書【2】(頭頸部癌用)

●センター直通… TEL(072) 684-7121 FAX (072) 684-5730●

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・血液検査結果も併せて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		<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
	画像検査	C T	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
		M R I	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
		R I	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
		P E T	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
		U S	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
		その他	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
	血液検査 生化学検査		<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
	手術記録		<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
	放射線治療歴		<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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)

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・血液検査結果も併せて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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2	腫瘍最大径 200 mm以下の症例である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4	BNC T 治療開始時に測定可能な病変がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	5	Performance Status (PS) が 0, 1, 2 である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	7	主要臓器機能が保たれている（心臓・腎臓の機能など）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	8	BNC T 治療部位への放射線治療の既往がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9	BNC T 治療部位に活動性の感染症がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	10	活動性の重複がんや重篤な合併症がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

そ の 他 の 情 報	体内金属		<input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
	口 腔 内	義歯	<input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明
		金属冠	<input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明

BNC T 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(後日診察にて最終適応判定となります)

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