

特定臨床研究『再発悪性神経膠腫に対するホウ素中性子捕捉療法で生じる腫瘍局所の早期反応の PET による探索』 適用確認申込書【1】

※この申込書は特定臨床研究専用です。頭頸部癌の申込には使用できません

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

※本申込書と治療の経過を記載いただいた診療情報提供書の FAX をお願いします。

FAX (072) 684-5730 TEL (072) 683-1221 (大学代表)

※FAX 後、原本、放射線治療照射録および画像情報(DICOM 形式 CD-R)を郵送ください。

【郵送先】 〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2 番 7 号

大阪医科薬科大学 関西 BNCT 共同医療センター 特定臨床研究担当

以下、ご記入をお願いします

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	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"/> その他 ()			
	患者状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中			
	紹介目的	特定臨床研究申込			
	主訴・傷病名	再発悪性神経膠腫			

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	@	
ご連絡先 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 (年 月 日) :		
	治療歴	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> その他		
	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
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明

特定臨床研究『再発悪性神経膠腫に対するホウ素中性子捕捉療法で生じる腫瘍局所の早期反応のPETによる探索』 適用確認申込書【2】

※この申込書は特定臨床研究専用です。頭頸部癌の申込には使用できません

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

※本申込書と治療の経過を記載いただいた診療情報提供書のFAXをお願いします。

FAX (072) 684-5730 TEL (072) 683-1221 (大学代表)

※FAX 後、原本、放射線治療照射録および画像情報(DICOM形式 CD-R)を郵送ください。

【郵送先】 〒569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号

大阪医科薬科大学 関西 BNCT 共同医療センター 特定臨床研究担当

提供 できる 診療情報	画像 検査	CT<必須>	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)
		造影MRI<必須>	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)
		その他	<input type="checkbox"/> 有 (検査名 施行日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無
		血液・生化学検査 尿検査	<input type="checkbox"/> 有 年 月 日
		手術歴	<input type="checkbox"/> 有 年 月 日 手術記録
			<input type="checkbox"/> 有 年 月 日 手術記録
			<input type="checkbox"/> 有 年 月 日 手術記録
		放射線治療歴	<input type="checkbox"/> 有 年 月 日 照射録
			<input type="checkbox"/> 有 年 月 日 照射録
			<input type="checkbox"/> 有 年 月 日 照射録
		その他情報	

資料送付日 月 日 ()

送付予定

送付済み

※ 単純CTは頭頂部皮膚から下顎部皮膚を十分含むものをご用意ください

※ 『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)

特定臨床研究『再発悪性神経膠腫に対するホウ素中性子捕捉療法で生じる腫瘍局所の早期反応の PET による探索』 適用確認申込書【3】

※この申込書は特定臨床研究専用です。頭頸部癌の申込には使用できません

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

※本申込書と治療の経過を記載いただいた診療情報提供書の FAX をお願いします。

FAX (072) 684-5730 TEL (072) 683-1221 (大学代表)

※FAX 後、原本、放射線治療照射録および画像情報(DICOM 形式 CD-R)を郵送ください。

【郵送先】 〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2 番 7 号

大阪医科薬科大学 関西 BNCT 共同医療センター 特定臨床研究担当

適格条件	1	悪性神経膠腫の病理組織学的診断が確定している	□はい □いいえ
	2	標準治療後に再発したベバシズマブにより治療中である	□はい □いいえ
	3	ベバシズマブによる治療にも係わらず MRI で再増悪が明らかな評価可能病変を有する (RANO 基準による PD)	□はい □いいえ
	4	外科的治療が困難である	□はい □いいえ
	5	同意取得時の年齢が 20 歳以上 79 歳以下である	□はい □いいえ
	6	研究対象者本人あるいは代諾者からの文書による同意が得られる	□はい □いいえ
	7	Karnofsky performance status が 60%以上である	□はい □いいえ
	8	対側大脳半球及びテント下には MRI にて明らかな腫瘍の進展を認めない	□はい □いいえ
	9	主要臓器の機能が保持されている	□はい □いいえ
	10	3 ヶ月以上の生存が期待でき、BNCT 後 3 カ月までの来院が可能である	□はい □いいえ
	11	髄腔播種病変を認めない	□はい □いいえ
	12	MRI 造影剤でアレルギー症状を起こしたことはない	□はい □いいえ
(備考)			

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

研究責任医師による適用の可否判断のため、画像等の到着後、約 1 週間の時間をいただきます。

以下、ご記入ご署名をお願いします。

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)

年 月 日 所属 主治医