**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】**Ver231023

※この申込書は特定臨床研究専用です。頭頚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）684-7121（直通）

※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 | □独歩　　□車いす　　　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 患 者 状 況 | □外来　　□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 | □手術　□化学療法　□放射線療法　□その他 | |
| 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 |

**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】**Ver231023

※この申込書は特定臨床研究専用です。頭頚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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提供できる診療情報 | 画 像 検 査 | ＣＴ  **<必須> 1ヵ月以内** | □有　（　　　　　年　　　月　　　　日）**★撮影要件有** |
| 造影ＭＲＩ  **<必須> 1ヵ月以内** | □有　（　　　　　年　　　月　　　　日） |
| その他 | □有（検査名　　　　　　　施行日　　　年　　月　　日）　□無 |
| 血液・生化学検査  尿検査 | | □有　　　年　　　月　　　　日 |
| 手術歴 | | □有　　　年　　　月　　　　日　手術記録 |
| □有　　　年　　　月　　　　日　手術記録 |
| □有　　　年　　　月　　　　日　手術記録 |
| 放射線治療歴 | | □有　　　年　　　月　　　　日　照射録 |
| □有　　　年　　　月　　　　日　照射録 |
| □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 | | | |

**★CT画像の撮影要件**

・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

・2.5mm以下のスライス厚で撮影したAxial画像  
（ボリュームデータ等の元データを2.5mm以下で再構成したものも可）

・Oblique 再構成画像は不可

・造影は不要

・ボリュームデータがある場合、送付画像にボリュームデータも一緒にお送りください。

※『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】**Ver231023

※この申込書は特定臨床研究専用です。頭頚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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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）

特定臨床研究の参加費用について患者へ説明しました はい　　いいえ

今回の治療に係わる当院の治療はすべて自費診療となることを承知いたします。 はい　　いいえ

　　　年　　　月　　　日 所属　　　 　　　　　　　主治医