**チェックシート** 　　　　 　　 　送信日：　　　　年　　　　月　　　　日

**患者情報**

(ふりがな)

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別： 男　・　女 　 年齢：　　　　歳

臨床診断：　　　　　　　　　　　　　　　病理診断：　あり（　　　　　　　　　　　）　・　なし

ＴＮＭ分類：Ｔ　　　　Ｎ　　　　Ｍ　　　　Stage　　　 ・ 不明　　　前立腺　ＧＳ

転移性腫瘍の場合、転移の数：　　　個　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＰＳＡ

腫瘍最大径：　　　　　mm　　　　　腫瘍辺縁が消化管から２ｃｍ以上離れている： はい ・ いいえ

治療歴： なし ・ あり（□手術 □化学療法 □Ｘ線治療 □IVR □その他（　　　　　　　　　　））

Performance Status (PS)が2以下：　score　0　　　1　　　2　　　3

合併症：　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　糖尿病：なし ・ あり（HbA1c　　%）　肝不全：なし ・ あり（Child-Pugh分類：Ａ　Ｂ　Ｃ）

　　　　間質性肺炎：なし ・ あり（％肺活量：　　　％、　1秒率：　　　％、　SpO2：　　　％）

| 検査項目 | 実施日（直近） | 検査結果・所見 |
| --- | --- | --- |
| 腫瘍マーカー　検査項目：　　　　　　　 | 　　年　　月　　日 |  |
| CT ：　単純のみ　・　単純＋造影　 | 　　年　　月　　日 |  |
| MRI：　単純のみ　・　単純＋造影　 | 　　年　　月　　日 |  |
| 全身PET/CT | 　　年　　月　　日 |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　） | 　　年　　月　　日 |  |

**貴施設情報**

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：

診療科：　　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　　　看護師名：

電話番号：（　　　　）　　　　　－　　　　　　FAX番号：（　　　　）　　　　　－

E-mail：

**特記事項等**

**福井県立病院 陽子線がん治療センター　　〒910-8526　福井市四ツ井２丁目８－１**

**電話：0776-57-2980　　FAX：0776-57-2987　　E-mail： youshisen@pref.fukui.lg.jp**