診 療 情 報 提 供 書

平成　　年　　月　　日

有痛性骨転移の疼痛緩和治療（メタストロン注）　申込書

《　紹介先医療機関名　》

石川県河北郡内灘町大学１丁目１番地
金沢医科大学病院　放射線科
地域医療連携部　TEL 076-218-8219
FAX 076-286-6614

《　紹介元医療機関名　》

医療機関名：
所在地：
担当医：　　印
電話番号　　FAX

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いいたします。

※この用紙をFAXまたは郵送する場合は個人情報保護に関して十分な配慮をお願いします。また、紹介元控としてコピーは必ずおとりのうえご保存ください。

１．患者情報

記入日（　　年　　月　　日）

ふりがな		住　所	TEL:	
氏　名	様			
性　別	□男　□女	年齢　　歳 ・ 体重　　ｋｇ	投与希望日　　年　　月　　日	

２．投与選択基準

（記入できる範囲でお書きください。）

①	メタストロン注の治療について説明に基づき、同意（口頭可）を得ている。 説明日（　　年　　月　　日）	□はい　□いいえ
②	NSAIDやオピオイドなどの鎮痛薬で十分な疼痛管理が困難な、多発性骨転移による疼痛がある。	□はい　□いいえ
③	□　骨シンチグラム（　　年　　月　　日）で疼痛に一致する部位に集積増加がある。 □　骨シンチグラムは未検査である。	
④	重篤な腎不全がない。 ｸﾚｱﾁﾆﾝ：（　　年　　月　　日　　mg/dL） BUN　：（　　年　　月　　日　　mg/dL）	□はい　□いいえ
⑤	DICは除外され、急激な血小板減少はみられない。	□はい　□いいえ
⑥	１ケ月以上の生存が見込める。	□はい　□いいえ
⑦	３ケ月以内の化学療法又は外照射の実施　　□　実施せず　⑨へ 化学療法（終了日　　年　　月　　日）　□　実施したが、骨髄抑制はない終了日を記入の上⑨へ 外照射（終了日　　年　　月　　日）　□　実施し、骨髄抑制がある。終了日を記入の上⑧⑨へ	
⑧	下記の検査値の化学療法後又は外照射後の最低値	□はい　□いいえ
	白血球数　　/mm³	好中球数　　/mm³
	血小板数　　/mm³	ヘモグロビン　　g/dL
⑨	最新の検査日（　　年　　月　　日）　及び　検査値	
	白血球数　　/mm³	好中球数　　/mm³
	血小板数　　/mm³	ヘモグロビン　　g/dL

３．持参画像

□　X線＿＿＿枚　　□　核医学画像＿＿＿枚　　□　MRＩ＿＿＿枚　　□　CT＿＿＿枚
□　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿枚

2009.08.01