

# 「メタストロン注」 治療適応候補チェックシート

患者氏名 \_\_\_\_\_

原疾患名 \_\_\_\_\_

組織型 \_\_\_\_\_

依頼医師氏名 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_

## チェック項目

多発性骨転移による疼痛がある(脊髄圧迫・骨折の除外)	はい・いいえ
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	はい・いいえ
NSAIDやオピオイド等の鎮痛薬で十分な疼痛管理が困難である	はい・いいえ
抗癌剤治療を3ヶ月以内に実施してない ( 終了日 年 月 日 )	はい・いいえ* *下欄へ記載
白血球数が <sup>g</sup> 3000/mm <sup>3</sup> 以上である 白血球数 /mm <sup>3</sup> ( 月 日)	はい・いいえ
好中球数が <sup>g</sup> 1500/mm <sup>3</sup> 以上である 好中球数 /mm <sup>3</sup> ( 月 日)	はい・いいえ
血小板数が <sup>g</sup> 75000/mm <sup>3</sup> 以上である 血小板数 /mm <sup>3</sup> ( 月 日)	はい・いいえ
ヘモグロビンが 9.0g/dl以上である ヘモグロビン g/dl( 月 日)	はい・いいえ
重篤な腎不全がない BUN mg/dl( 月 日) クレアチン mg/dl( 月 日)	はい・いいえ
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
妊娠はしていない	はい・いいえ
2~3ヶ月以上の生存期間が見込める	はい・いいえ

### \*抗癌剤治療を3ヶ月以内に実施している場合

骨髄抑制はないか、下記の検査値の最低値が確認されている	はい・いいえ
白血球数 最低値 /mm <sup>3</sup> ( 月 日)	
好中球数 最低値 /mm <sup>3</sup> ( 月 日)	
血小板数 最低値 /mm <sup>3</sup> ( 月 日)	
ヘモグロビン 最低値 g/dl ( 月 日)	

「いいえ」の項目がないことを御確認の上 地域医療連携課で受診予約をして下さい

豊田厚生病院 放射線治療科