

山梨県立中央病院におけるメタストロン注適応チェックシート

1) 組織学的ないしは細胞学的に固形癌が確認されていますか。

原疾患名: _____

診断確定日: 20 年 月 日

2) 骨シンチが施行されていますか。 はい・いいえ

3) 現在、鎮痛剤を使用していますか。 はい・いいえ

鎮痛剤名: _____

投与開始日: 20 年 月 日

4) ビスホスホン酸を使用しましたか。 はい・いいえ

薬剤名: _____

最終投与日: 20 年 月 日

5) 腎不全がありますか。 はい・いいえ

6) DIC や急激な血小板減少はありませんか。 はい・いいえ

7) 過去3ヶ月以内に、化学療法または放射線治療は実施された場合は、化学療法後または

放射線治療後の下記の検査値の最低値とその検査日

白血球数: _____ 20 年 月 日

好中球数: _____ 20 年 月 日

血小板数: _____ 20 年 月 日

ヘモグロビン値: _____ 20 年 月 日

8) 前治療歴(過去3ヶ月以内)

1. 化学療法 なし あり

レジメン(できるだけ詳しくお願いします):

最終投与日: 20 年 月 日

2. 放射線治療 なし あり

照射部位: _____

照射線量: _____ Gy

最終照射日: 20 年 月 日

3. その他の治療 なし あり

外科的処置 治療法: _____

最終実施日: 20 年 月 日

その他 治療法: _____

最終実施日: 20 年 月 日