

メタストロン注による疼痛緩和治療の依頼方法 および 治療のながれ

院外からの依頼



First contact : **医療連携科** にお問合せ下さい。
必要に応じ、予め 当院 **放射線治療医**とご相談 して下さい。
放射線科受診をすることになった場合、
改めて **医療連携科にて診察予約** をさせていただきます。

来院(予約日)



初診の場合 1階にて放射線科初診受付をし、地下1階 アイソトープ検査室
で再度受付をして下さい。(紹介状、検査データ、適応チェックシート持参)
再診の場合 直接地下1階 アイソトープ検査室受付にて受付をして下さい。

放射線科受診(診察)



治療歴(手術、化学療法、放射線治療など)、血液検査(白血球、血小板)
骨シンチなどのデータを検討し、また予後も含め総合的に判断します。
適応シートに記入。必要に応じ検査(血液検査、骨シンチなど)を実施。

適応外 と判断された場合、ご本人及びご患者ご家族に説明後、帰宅(帰院)して頂きます。

適応 と判断された場合、ご本人及びご家族に薬の効果、注意事項などを説明致します。

診察日(注射日)を予約 させていただきます。 依頼先に返書を致します。

適応候補者患者チェックリスト を製薬会社あて送付し、適応と判断された場合、**指定の期日**
にメタストロン注射液が当院アイソトープ検査室あて配達されます。

当日(予約日)



事前に再度、診察し、またご本人及びご家族に説明を行います。

放射線技師が放射線量を測定 し、規定量を準備します。

(要 体重確認) **放射線治療医が注射** 致します。

必要に応じ、次回の診察予約をさせていただきます。



退出時 本薬を注射された**患者さんの放射線量を測定** し、記録します。

患者情報カード をお渡します(1年間所持) **会計窓口へ**

帰宅(帰院)

定期的(原則的として隔週毎)に血液検査等を実施し、**骨髄抑制の状況** をチェックします。

(主治医 or 当院放射線治療医) 必要により、おむつ等の管理連絡票をお渡しします。

報告書作成



全例調査報告義務 があるため、治療経過等について必要事項を記入後、公的
機関に報告させていただきます。

(当院 放射線治療医)