

名古屋大学医学部附属病院
PSMA-PET 検査依頼書・診療情報提供書

年 月 日

(宛先)

名古屋大学医学部附属病院
医事課外来係 病診連携室

【電話:052-744-2839】

【FAX:052-744-2780】

泌尿器科 御担当医
(放射線科 PET-CT御担当医)

(紹介元)

所在地

医療機関名

医師氏名

TEL

FAX

【PSMA-PET 検査における重要な補足事項】

ガリウム(68Ga)ゴゼチドの効能又は効果は、「PSMA 標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助」であり、前立腺癌の再発又は転移の診断における使用に関して、現時点では本邦において承認を受けておりません。下記の質問により健康保険適用下でないと判断した場合には、問い合わせ等実施させていただきます。

フリガナ		性別	生年月日(西暦)	身長	体重
患者氏名		男・女	年 月 日 ()歳	cm	kg
患者連絡先(電話番号):					
名古屋大学医学部附属病院の受診歴 [<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり 旧姓:()]					
受診希望日(月水金でお願いします。検査時間の都合上、予約時間は9時または13時になります。)					
第1希望	年	月	日()	第2希望	年 月 日()
第3希望	年	月	日()	<input type="checkbox"/> いつでもよい	
今回のご依頼の目的を教えてください。					
<input type="checkbox"/> PSMA-PET検査のみ <input type="checkbox"/> PSMA-PET検査およびプルヴィクト(放射線リガンド療法)治療を希望					
今回のPSMA-PET検査の目的は前立腺癌患者に対するPSMA標的療法の適応判定の補助ですか。					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
PSMA-PET検査のみをご依頼の場合、治療を予定し、病床の確保をされている施設名をご記載ください					
<input type="checkbox"/> 自施設 / <input type="checkbox"/> 他施設(施設名:)					
初診時の状況について教えてください(可能な範囲でご回答ください)。					
診断日	初診時のPSA	TNM分類		Gleason Score	
年 月 日	ng/ml	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> M	
原発巣の治療について回答をお願いします。					
<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> その他()			
年 月	年 月	年	月		
去勢抵抗性(CRPC)と診断した日を教えてください。					
年 月 日					

ご予約のお申し込みについて

PSMA-PET 検査依頼書・診療情報提供書（チェックリスト形式）に必要事項を記載のうえ、ご紹介元施設でお使いの様式による診療情報提供書および名古屋大学医学部附属病院診療申込書を添えて地域医療連携室宛（FAX:052-744-2780）に FAX にてお申し込みください。ご予約の診療科は「泌尿器科」になります。診療日は土日祝日を除く平日の月水金曜日になりますので、受診希望日をご記載ください。お申込み内容を当院泌尿器科医が確認のうえ、回答させていただきます。ご予約確定にお時間を要することがありますのでご容赦ください（お申込みをいただいた日の翌営業日を目途に回答いたします）。また、検査受診時に当科で行う PSMA-PET に関する観察研究に文書同意をいただいた患者様については今後、検査後の治療経過を確認させて頂く事がありますのでご協力頂きますと幸いです。

①PSMA-PET 検査だけを希望される場合

PSMA-PET 検査依頼書・診療情報提供書の「今回のご依頼の目的を教えてください」の項目で「PSMA-PET 検査のみ」にチェックを入れていただき、お申し込みをお願いいたします。

②PSMA-PET 検査およびプルヴィクト（放射線リガンド療法）治療を希望される場合

PSMA-PET 検査依頼書・診療情報提供書の「今回のご依頼の目的を教えてください」の項目で「PSMA-PET 検査およびプルヴィクト（放射線リガンド療法）治療を希望」にチェックを入れていただき、お申し込みをお願いいたします。ご紹介にあたって当院でプルヴィクト治療を行う場合は下記の条件を満たす患者さんが対象となりますので、ご承知おきの程よろしくをお願いいたします。

【条件】

1. PS 0-1
2. 認知機能に問題がなく、自己管理が可能
(血圧・血糖測定、尿の廃棄処理などを自身で行えること)
3. 尿失禁がない、または少量
(パッド 1~2 枚以内であれば許容)
4. 生命予後が 6 か月以上と見込まれる
5. 骨髄機能、腎機能が保たれている
(貧血のみで、赤血球輸血にて対応可能な場合は可。また腎機能においては $eGFR \geq 40\text{mL}/\text{min}$)
6. 本治療をすぐに開始できない場合、化学療法（ドセタキセル・カバジタキセル等）先行の可能性をご理解いただける方

※最終的な治療適応は、当院での評価にて判断させていただきます。