

PSMA - PET/CT 検査

事前確認事項シート

● 患者氏名

● 医療機関名

● 生年月日

● 確認医師名

① 去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）と診断されていますか？

- はい
- いいえ（診断名を記入してください）

② 今回の PSMA-PET 検査の目的は前立腺癌患者に対する PSMA 標的療法の判定の補助ですか？

※ ガリウム (^{68}Ga) コゼト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。

- はい
- いいえ（目的を記入してください）

③ ^{177}Lu -PSMA 治療を予定している医療機関を記入してください。

- 自施設
- 他施設
- 予定なし/未定

④ これまでの治療について処方歴のあるものにチェックをお願いします。

※ 少なくとも 1 種類以上の ARSI(エンザルタミド、アピラテロン、アパルタミド、ダロルタミド)の使用歴がある必要があります。

- エンザルタミド アピラテロン
- アパルタミド ダロルタミド
- ドキタキセル カバジタキセル
- 塩化ラジウム ペンブロリズマブ
- オラパリブ(タラゾパリブ)
- その他

⑤ 直近 3 回分の PSA 値を記入してください。

最新

<input type="text"/>	ng/mL	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

前回

<input type="text"/>	ng/mL	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

前々回

<input type="text"/>	ng/mL	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

⑥ Gleason score を記入してください。

+ = 点
年 月 日

⑦ 転移の状況・部位について記入してください。

- リンパ節（所属リンパ節）
 リンパ節（遠隔）
 骨
 肺
 肝
 その他

⑧ 直近で実施された画像検査を記入してください。

※ チェックをつけられた検査結果につきましては可能な限りデータをお送り（郵送もしくは患者持参）いただけますようお願いします。

- CT
 MRI
 骨シンチ
 FDG-PET
 その他

⑨ 体内金属・医療機器の有無について記入してください。

※ ペースメーカーの入っている方の予約の際はペースメーカー手帳の機種名が記載されているページを申込時に FAX でお送りください。

- なし
 あり
 ペースメーカー 補聴器
 神経刺激装置 人工内耳
 インスリンポンプ 人工関節
 血糖値測定器
 その他

⑩ その他、留意事項があればご記載ください。

- ご記入内容について、確認のためお問い合わせさせていただく場合がございます。
- 「紹介・診療情報提供書」に診断内容や治療経過の詳細をご記載いただけますと幸いです。

ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください

岐阜大学医学部附属病院 総合患者サポートセンター
TEL:058-230-7033 お問い合わせ：平日 8:30~17:00