骨疼痛緩和治療　患者情報シート

施設名		診療科名	
医師名		電話番号	

1. 患者情報

記入年月日　　年　　月　　日

患者氏名		診察予定日	20　　年　　月　　日		
性 別	□ 男　□ 女	年 齢	歳	体 重	kg
原 発 癌	□ 乳癌　□ 前立腺癌　□ 肺癌　□ その他(　　)				

2. 投与選択基準　以下の基準の確認と、日付、血液検査値の記入をお願いします。

①	メタストロン注の治療について説明に基づき、同意（口頭可）を得ている。 (　　年　　月　　日)	□はい　□いいえ
②	NSAID やｵﾋﾟｵｲﾄﾞなどの鎮痛薬で十分な疼痛管理が困難な、多発性骨転移による疼痛がある。	□はい　□いいえ
③	骨ｼﾝﾁｸﾞﾗﾑ(　　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
④	重篤な腎不全がない。　ｸﾚｱﾁﾆﾝ(　　年　月　日　　mg/dL) BUN（　　年　月　日　　mg/dL)	□はい　□いいえ
⑤	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
⑥	妊娠はしていない。	□はい　□いいえ
⑦	本剤投与予定日から3 ヵ月以内の化学療法又は外照射の実施。 化学療法(終了日　　年　　月　　日) 外照射(終了日　　年　　月　　日)	□実施せず ⇒ ⑨へ □実施したが、骨髄抑制はない ⇒ 左欄終了日をご記入の上、⑨へ □実施し、骨髄抑制がある ⇒ 左欄終了日をご記入の上、⑧⑨へ
⑧	下記の検査値の化学療法後又は外照射後の最低値が確認されている。 (⑦の終了日以降)	□はい　□いいえ
	白血球数:最低値　　年　　月　　日　　/mm^3	好中球数:最低値　　年　　月　　日　　/mm^3
	血小板数:最低値　　年　　月　　日　　/mm^3	ヘモグロビン: 最低値　　年　　月　　日　　g/dL
⑨	最新の検査日および検査値をご記入下さい。( )内は基準値	
	白血球数:　　年　　月　　日 (3,000/mm^{3}以上)　　/mm^3	好中球数:　　年　　月　　日 (1,500/mm^{3}以上)　　/mm^3
	血小板数:　　年　　月　　日 (75,000/mm^{3}以上)　　/mm^3	ヘモグロビン:　　年　　月　　日 (9.0g/dL以上)　　g/dL