

## 肝細胞がん陽子線治療適応基準表

### 適 応 基 準

下記ア、イ、ウのすべてに該当する方が、当センターの陽子線治療の適応となる可能性があります

- |  |        |
|--|--------|
| ア. 造影C Tもしくは造影MR I など画像診断学所見、特異的腫瘍マーカーなど血清学的所見もしくは病理学的所見により、肝細胞がんと診断されている。             | はい・いいえ |
| イ. 活動性の肝細胞がん病変は1個で、最大径は9cm未満である。<br>(塞栓術、動注などカテーテル治療終了後3か月以内の病変については、増大がなくても活動性病変とします) | はい・いいえ |
| ウ. Child-Pugh スコアが5-7点である。   | はい・いいえ |

治療法選択にあたり下記の項目を参考にさせていただきます。

- |   |        |
|---|--------|
| 1. 外科的切除の非適応である。                            | はい・いいえ |
| 2. 外科的切除を拒否している。                            | はい・いいえ |
| 3. 腫瘍の大きさ、部位などからラジオ波焼灼が困難である。               | はい・いいえ |
| 4. 門脈本幹、対側の門脈枝、門脈一次分枝、下大静脈の腫瘍栓がない。          | はい・いいえ |
| 5. PS (ECOG)が0-2で、治療中の体位(腕挙上、仰臥位)の保持が可能である。 | はい・いいえ |

上記の項目に関する付帯事項やコメント

当院を受診される場合は、記入されたものを患者さんに持参いただくか、ファクス送信をお願いします。

送信先 静岡県立静岡がんセンター医療連携室 ファックス番号 055-989-5623

〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 電話 055-989-5222 (代)

ご希望に☑をご記入下さい

- 事前適応判断のみ希望
- 治療適応がある場合は、予約まで希望