送信日　（　　年　　月　　日）

# 頭蓋底腫瘍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**　病理学的に以下のいずれかの病名の診断が得られている。（脊索腫、軟骨肉腫、下垂体腺腫、髄膜腫、頭蓋咽頭腫、神経鞘腫、神経芽腫）　はい・いいえ

**イ**　病変が頭蓋底に限局している。　はい・いいえ

**ウ**　下記の二つのいずれかの理由で、局所的治療が必要である。　はい・いいえ

- 外科的切除が不可能もしくは困難な腫瘍が存在する。
- 術後照射の適応である。

**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

理由（　　）

2　外科的切除を拒否している。　はい・いいえ

3　抗がん剤治療後である。　はい・いいえ

**他の治療の適否などについて、当院受診後改めて評価することがあります。**