# メタストロン注適応チェックシート

| | | |
|---|---|---|
| | ふりがな<br>患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　体重:　　　　　　Kg | |
| 1 | 骨転移による疼痛がある(脊髄圧迫・骨折の除外) | □ |
| 2 | 骨シンチグラムで疼痛に一致する部位に集積増加がある.(検査日:　　年　　月　　日) | □ |
| 3 | NSAIDやオピオイドなどの鎮痛剤で十分な疼痛管理が困難である. | □ |
| 4 | 重篤な腎不全がない. Cr , BUN(検査日:　　年　　月　　日) | □ |
| 5 | DICは除外され, 急激な血小板減少はみられない. | □ |
| 6 | 妊娠していない. | □ |
| 7 | 1ヶ月以上の生存期間が見込める. | □ |
| 8 | 下記の検査値について, 3ヶ月以内に行われた化学療法又は外照射治療後の最低値が確認されている. | □ |
| | (白血球数　検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| | (好中球数　検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| | (血小板数　検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| | (ヘモグロビン値　検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| 9 | 下記の最新の検査値 | □ |
| | (白血球数3000/㎜$^3$以上　検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| | (好中球数1500/㎜$^3$以上　検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| | (血小板数75000/㎜$^3$以上　検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| | (ヘモグロビン値9.0g/dL以上 検査値:　　　/㎜$^3$)(検査日:　　年　　月　　日) | |
| 10 | 再投与の場合, 前回の治療で効果がみられ, 3ヶ月以上経過している. | □ |