

PSMA-PET検査（ロメツ®）/放射線リガンド療法（フルグイト®）対象チェックリスト

患者氏名：_____ 生年月日：_____ 年 ____ 月 ____ 日

【PSMA-PET(ロメツ®)検査における重要事項】

この検査の効能又は効果は、「PSMA標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助」であり、その他の用法については、現時点で承認されていません。
そのため、フルグイト®による治療を前提していないことが疑われる場合には、問い合わせ等をさせていただく可能性があります。

※ 該当する項目についてチェックボックスに「レ点」でチェックしてください

1. 医学的要因

- ① 遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌である。 ☐
- ② 新規ホルモン剤を1剤以上使用後である。 ☐
- ③ Cockcroft-Gault式によるCcrが40mL/分以上である。 ☐
具体的な計算値を記入ください。 () mL/min
- ④ 紹介時、WBC $\geq$ 3,000、かつ $\geq$ Hb 10.0 g/dL、かつ血小板 $\geq$ 100,000である。 ☐

2. ADL/認知力要因

- ① 尿失禁がない、あるいは、ある場合には入院中の尿道カテーテル留置を許容できる。 ☐
- ② 排泄物（尿および便）の処理が自力で可能である。 ☐
- ③ 歩行の際に、杖以外の歩行補助器具を必要としない。 ☐
- ④ 血圧・酸素飽和度・熱などのバイタルサインを自身で測定し、それを看護師に報告することができる。 ☐
- ⑤ 所定の位置に配膳された食事を受け取り、自身で食事摂取が可能で、決められた方法で片付けができる。 ☐
- ⑥ 内服薬の自己管理ができる。 ☐
- ⑦ マイク、またスピーカーを使用したコミュニケーションをスムーズに行なうことができる。 ☐
- ⑧ 認知症の疑いが低く、せん妄になる可能性が低い。 ☐
- ⑨ 入院中、および退院後本治療に関わる注意事項を理解し遵守することができる。 ☐

3. 自宅環境要因

- ① 自宅が水洗トイレである。 ☐
- ② 本人や家族が退院後の注意事項を遵守できる状態・環境である。 ☐

4. 予定外/緊急時の対応環境要因

- ① 自身の都合で予定を変更した場合は、放射線性医薬品の費用を負担することを了承できる。 ☐
- ② 輸送の関係で入院日、治療日が急遽変更になる可能性がありえることを了承できる。 ☐
- ③ 退院を決定するための放射線線量測定にて許可線量を越える場合に、入院期間が延長になることを理解、許容できる。 ☐
- ④ 不測の事態、緊急事態が生じた場合でも放射線被曝の観点から、検査や処置に遅れがでたり、内容が限定的になる可能性があることを理解、許容できる。 ☐
- ⑤ 遠方から来られる場合には何かあった場合に紹介元で診察するなど、紹介元の協力が得られる。 ☐

確認日：（西暦） _____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名：

医師名：

このチェックリストは紹介状（診療情報提供書）と一緒に送付してください。

2026年9月 静岡県立総合病院