

## プルヴィクト治療申込チェックリスト

白河厚生総合病院  
地域医療連携室 宛

FAX送信先：0248-22-2322

患者情報	フリガナ		
	氏名	姓	名
	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生 満 歳
チェック項目	<input type="checkbox"/> に✓を記入してください（4項目すべてに✓がついた方が治療適応となります）		
	<input type="checkbox"/> 去勢抵抗性前立腺がんの診断あり <input type="checkbox"/> 遠隔転移あり <input type="checkbox"/> PSMA-PETで陽性確認済み <input type="checkbox"/> 以下のいずれかの薬剤の治療歴がある（1剤以上） <input type="checkbox"/> アピラテロン（ザイティガ） <input type="checkbox"/> エンザルタミド（イクスタンジ） <input type="checkbox"/> アパルタミド（アーリーダ） <input type="checkbox"/> ダロルタミド（ニューベクオ）		
紹介元	医療機関名		
	医師名	フルネームでのご記入をお願いいたします 科 先生	

このチェックリストをご使用の際は、診療情報提供書も併せてFAXお願いいたします。  
なお、上記のチェック項目を貴院様式の診療情報提供書に記載いただければ、このチェックリストは不要です。

予約日程を調整のうえFAXにて返信いたします。

この申込書に記載された患者さんの個人情報は、白河厚生総合病院における患者登録および診療予約の業務で使用します。  
個人情報の使用について患者さんからご同意をいただいた上でお申込みください。

このチェックリストは当院ホームページからダウンロードいただけます

〒961-0005 福島県白河市豊地字上弥次郎2-1  
白河厚生総合病院 地域医療連携室 電話 0248-22-2262