

## 放射線治療の主な適応疾患と必要な検査

※病変の範囲がわからないと照射範囲を決定できませんので、必要な検査を受けていただく場合があります。

“◎”は必ず必要、“○”はあればより良いです。“△”は必須ではありません。

骨転移 (緩和治療)	骨シンチ	(造影)MRI	造影CT	PET
	◎	○(◎)	△	○

※ 脊椎の場合はMRI(出来れば造影が望ましい)

脳転移 (緩和治療)	造影MRI
	◎

※ MRIが無理な場合は造影CT

乳癌 (乳房温存術後・再発)	CT	PET
	◎	○

※ 手術前のCT画像が必要です。(MRIでは横断像が無いため)

前立腺癌	骨シンチ	MRI
	◎	◎

※IMRT(強度変調放射線治療)は出来ませんが、前立腺全摘術後のPSA再発も治療可能です。  
(但し、遠隔転移を否定してください。)

食道癌	造影CT	PET	UGI	F-S
	◎	◎	○	○

※ 内視鏡で病変部の上下にクリッピング、または病変の範囲のわかる食道透視が必要です。

直腸癌	造影CT	PET
	◎	◎

※ 術前照射、再発など

隣癌	造影CT
	◎

※ 主に疼痛緩和

肺癌	造影CT	PET
	◎	◎

※ 呼吸同期などできないため、主に対症療法、姑息的治療を対象に

脳腫瘍	造影MRI
	◎

※ 術後照射、対症療法など

頭頸部腫瘍	造影CT	造影MRI	PET
	◎	△	◎

※ 上咽頭癌など精度の高い放射線治療が必要な疾患については他院を紹介します。

子宮頸癌術後	造影CT	造影MRI	PET
	◎	◎	◎

※CTは術前と術後、MRIは術前のものが必要