

General			
1	RTP & Plan Report Consistency	Plan Reportと計画装置上のプランの一致 (Calc. Timeの一致)	<input type="checkbox"/>
2	Patient & Plan Information	Patient ID Patient Name Course ID Plan Name 治療部位 (左・右) Plan ID	<input type="checkbox"/>
3	Prescribed Dose/Fraction	Gy/ Fr	<input type="checkbox"/>
4	Scheduling	Machine ID TB9・TB10・診TB・13IX 治療開始日 / ~	<input type="checkbox"/>
5	Radiotherapy Treatment History	照射歴 有・無 過去の照射野との重なり 有・無 有の場合 → Eclipse上で合算・MIMで合算	<input type="checkbox"/>
Image			
6	Primary Image / Secondary Image	撮影日確認 計画画像選択ミス リファレンス画像の確認 FOV ベースメーカの確認 (PM<2Gy, ICD<1Gy) (照射野 内・外、最大線量 Gy)	<input type="checkbox"/>
7	Registration Accuracy	Registrationミスによるターゲット等の位置間違い	<input type="checkbox"/>
8	CT Image Coordinate	Image/Patient Orientationの確認 HFS・FFS・HFP・FFP CT Image Origin (0, 0, 0)	<input type="checkbox"/>
Structures			
9	Couch	Machineとの整合性 位置 (胸壁+鎖上 注意) [Couch Lat = cm] (通常と異なる場合)	<input type="checkbox"/>
10	Targets (GTV, CTV, ITV, PTV)	各ROI確認 マージン ITVの作り方 ゴミがないか 呼吸性移動確認	<input type="checkbox"/>
11	PTV Margin	別表参照	<input type="checkbox"/>
12	OARs & Other Structures	各ROI確認 ゴミがないか 膀胱容量等の確認	<input type="checkbox"/>
13	Density Override	- Metal Artifact等	<input type="checkbox"/>
Dose Prescription			
14	Plan Normalization	Reference Pointの位置 Target VolumeとDose Volume Prescription (別表参照) Reference pointのType (Target)	<input type="checkbox"/>
Fields			
15	Beam Energy / Dose Rate	エネルギーの妥当性	<input type="checkbox"/>
16	SAD / SSD	電子線の場合、ボース5 mmではSSD 100.5 cm Long SSD	<input type="checkbox"/>
17	Beam Direction	Gantry angle, Collimator angle, Couch angle ビーム方向の妥当性 電子線アプリケータの4cm外側が患者と干渉しない 腕、顎、カウチとビームの干渉 Gantry Extension	<input type="checkbox"/>
18	Field Sizes / MLC Shapes	リスク臓器、他の照射野との兼ね合い MLCマージン Jaw/MLCの関係 Half Field JawTracking使用 有 無	<input type="checkbox"/>

Pt. ID/Plan ID				
19	Collision to Patient Couch	VMAT: 回転原体 (寝台lat = 0 (IX)) Lat方向: ICから5cm以内 Vert方向: IC- CouchTop 20cm(13) ,23cm(TB)以内	必要ならば干渉チェック リニアク胴体と足先または頭の干渉	<input type="checkbox"/>
20	Isocenter	位置 全Fieldで一致 胸壁+鎖上などでは両方のプランで一致		<input type="checkbox"/>
21	Wedge / Bolus / Electron Block & Tray	Wedgeの向き、角度 ボーラス 有・無		<input type="checkbox"/>
22	MU	MUと照射線量の比較 MUの下限 (~5 MU)、上限 回転原体の角度あたりの照射MUの下限値 13番: 0.3 MU/deg~, TB: 0.1 MU/deg~		<input type="checkbox"/>
23	DRR	FieldとDRRの角度が対応しているか 前立腺: GoldAnchor 肺 (3D): Chest	その他: Abdomen 確認&DRR画像調整 乳腺: Breast	<input type="checkbox"/>
24	Delta Couch Shift	Delta Couch Shiftの値が入っている場合はクリア		<input type="checkbox"/>
Dose				
25	Dose Evaluation and Verification of Statistics	Electronの分布注意 (OPF入力)	正常組織の耐容線量 Global dose maxの確認	<input type="checkbox"/>
26	Calculation Algorithms	不均質補正 計算グリッド (椎体定位の場合 1 mm)		<input type="checkbox"/>
Dose Verification				
27	Dose Calculation Verification	Independent MU Check (RadCalc) Patient Specific QA for IMRT & SRT		<input type="checkbox"/>
28	Plan Approval			<input type="checkbox"/>
Reporting				
29	Billing Information	照射方法 (3次元原体門数: IMRT) 定位 (SRT-VMAT・SRT-IMRT・固定多門SRT) 呼吸性移動対策加算		<input type="checkbox"/>
30	RIS	転送画像の確認 ボーラス情報 その他必要事項の記入 OIEdsの線量とリスク分類	呼吸指示 (自由呼吸/呼吸/深呼吸/同期/吸気) 蓄尿指示 有 無 食事制限 有 無 特別な照合指示	<input type="checkbox"/>
MEMO				
SIGNATURE				
※計算時間は確認しましたか?		※計算時間は確認しましたか?		

ID/Patient Name	/								Others
1. Plan Check	1Fr	2Fr	3Fr	4Fr	5Fr	6Fr	7Fr	8Fr	
Date (2022 year)									
Plan code									
Plan name									
Patinet ID/Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Previous treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prescribed dose/fraction	(Gy) <input type="checkbox"/>	(Gy) <input type="checkbox"/>	(Gy) <input type="checkbox"/>	(Gy) <input type="checkbox"/>	(Gy) <input type="checkbox"/>	(Gy) <input type="checkbox"/>	(Gy) <input type="checkbox"/>	(Gy) <input type="checkbox"/>	
Date/Source strength	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Applicator cordinate/A-points	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cathter plot/Catheter ID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Offset [mm]	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	
Catheter length	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	App. () Cath. () <input type="checkbox"/>	
Check applicator usage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activation/Dwell time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Max Active Length [mm]									
CTV _{HR} (cm ³)									
V _{100%} (cm ³) within Body									
Dose evaluation/DVH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hand calculation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data transfer (PlanCode, Plan, Dose, Length, Offset, Time)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Check for decay (Plan time)									
Check for decay (TCC time)									
Signature (MP,RT)									