

前立腺がん地域連携パス手帳 運用手順書

医療機関用

1. 市立病院で患者様に前立腺がん地域連携パス手帳をお渡しする際、市立病院の主治医がP 7～8の「あなたの情報①②」に情報を記入します。

あなたの情報①

氏名			
生年月日	明・大・昭・平		
	年	月	日
かかりつけ医	病院名		
	担当医		
	密		
かかりつけ医	病院名		
	担当医		
	密		
藤枝市立総合病院 泌尿器科 ☎054-646-1111 (代)			
担当医			
担当医			

藤枝市立総合病院の受診月は毎年

月です

7

あなたの情報②

生検

前立腺生検日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断時年齢 _____ 歳

診断時PSA値 _____ ng/ml

グリソンスコア _____ + _____ = _____

治療前病期

TNM分類 T () N () M ()

リスク分類 (D'Amico) ☐ 低 ☐ 中 ☐ 高

治療の詳細

☐ 前立腺全摘除術 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐ 内分泌治療 開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐ 放射線治療 照射日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

今までのPSAの最低値 ng/ml

PSA再発の基準値 ng/ml

8

2. かかりつけ医は、次回受診日を記入していただき患者様にご説明をお願いいたします。基本的には3か月ごとの診察・PSA値測定をお願いしています。

診察時に「受診日」「PSA値」「注射部位（該当患者様のみ）」の記入をお願いします。（前立腺がん地域連携パス手帳P 9～）

1年目

PSA再発の基準値 ng/ml

経過期間	受診日	PSA値 (ng/ml)	注射部位
0か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
1か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
2か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
3か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
4か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
5か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
6か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
7か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
8か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
9か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
10か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
11か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部
12か月	/		右・左 上腕・腹部・臀部

9

医療機関で記入をお願いします

事前に受診日の記入をお願いします

PSA値を測定後、医療機関で記入をお願いします

注射がある患者様は医療機関で記入をお願いします