

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

前立腺がん治療に関する連携計画書(医療者用)

前立腺全摘除術

放射線療法

	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医
受診月日	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
診 察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
採 血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投 薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医
受診月日	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
診 察	●	●	●	●	●	●	●	●
PSA	●	●	●	●	●	●	●	●
採 血	○	○	○	○	○	○	○	○
投 薬	○	○	○	○	○	○	○	○

● 必ず実施します
 ○ 必要に応じて実施します
 5年目以降も原則 3ヶ月毎の検査をかかりつけ医で行います
 10年目に〇〇〇病院を受診します
 上記の受診日はおおまかな目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察します

前立腺がん治療に関する連携計画書(医療者用)

内分泌療法 (両側精巣摘除 あり なし)

	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇病院 かかりつけ医
受診月日	1~3ヶ月毎	1年	1~3ヶ月毎	2年	1~3ヶ月毎	3年	1~3ヶ月毎	4年	1~3ヶ月毎	5年
診 察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
注 射	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
抗アンドロゲン剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
骨修飾薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血一般	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投 薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

● 必ず実施します
 ○ 必要に応じて実施します
 5年目以降も上記のスケジュールを実施します
 左記の受診日はおおまかな目安です
 定期受診日以外でも必要があれば診察します

※ 計画策定病院での受診は、PSAが安定している状況であれば連携医療機関からの情報提供とすることも可とします

【地域連携パス計画策定料】

算定あり

算定なし