

〇〇〇病院泌尿器科 地域連携パス『前立腺癌/前立腺全摘除術後』

様

ID

生年月日

/ /

〇〇〇病院

連携医療機関

)

生検日	/ /	歳	手術日	/ /	歳	PSA経過 (Nadir値に <input checked="" type="checkbox"/>)		
生検時PSA			<input type="checkbox"/> 恥骨後式 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 小切開 <input type="checkbox"/> ロボット支援下	術式コメント		PSA値		
直腸診						/ /	ng/ml	<input type="checkbox"/>
MRI						/ /	ng/ml	<input type="checkbox"/>
TRUS						/ /	ng/ml	<input type="checkbox"/>
臨床病期 (2022年第5版)	T N M 0		神経温存	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> なし	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
病理学的分類	T N M 0		断端			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
グリソスコア	+ =		グリソスコア	+ =		/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
ネオアジュバント	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		性機能リハビリ	有	無	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
開始日	/ /		服用薬	<input type="checkbox"/> レビトラ()mg	<input type="checkbox"/> シアリス()mg	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
内容	<input type="checkbox"/> LHRH単剤 <input type="checkbox"/> MAB		特記事項			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
<適応条件>							/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PSA 0.2ng/ml未満							/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 排尿状態安定			Pad	枚/日		/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
パスのIC取得日							/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
がん治療連携計画策定料			<input type="checkbox"/> 算定 <input type="checkbox"/> 算定せず				/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>

目標:PSA 0.2ng/ml未満を維持かつ排尿状態が安定している

最低3か月毎のPSA検査

術後1, 2, 3, 4, 5, 10年目に病院へ

(5年目までは〇〇〇病院側で予約をとる。10年目は連携医療機関よりFAX等で予約をとる)

受診日	Pad数	排尿困難	その他の症状、処方など	PSA測定日	PSA値
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml
/ /	枚/日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		/ /	ng/ml

バリエーション	PSA値が0.2ng/mlを超えて上昇	バリエーション発生時は主治医の外來予約をお取り下さい 【連絡先】 〇〇〇病院 TEL FAX	担当医	
			担当曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金

次回病院受診日 / /

〇〇〇病院泌尿器科 共通地域連携パス『前立腺がん/内分泌療法』

様	ID	生年月日 / /
---	----	----------

〇〇〇病院	生検日	/ /	#VALUE!	歳	内分泌療法	#VALUE!	歳	PSA経過	
	生検時PSA			ng/ml	開始日	/ /		測定日	PSA値(Nadir値) <input type="checkbox"/>
	直腸診		(骨EOD分類) 1:5か所以下 2:6-20か所 3:21か所以上 4:Superscan *1/2推1か所		去勢療法			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	MRI				ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	TRUS				リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	転移部位	<input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝			ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	その他(骨EOD: (〇 0 〇 1 〇 2 〇 3 〇 4))				<input type="checkbox"/> 除鞣術			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	臨床病期 (2022年第5版) *右参照	T N M	(臨床病期分類) T1a:切除組織の5%以下 T1b:5%を超える M1a:所属外リンパ節転移 M1b:骨転移 M1c:それ以外の転移		抗アンドロゲン剤 (ジェネリック <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	ケリソスコア	+			<input type="checkbox"/> ビカルタミド(カゾテックス) 錠 <input type="checkbox"/> ニュベクオ 錠			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	<適応条件>	<input type="checkbox"/> PSA 4ng/ml以下または付近で安定			<input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) 錠 <input type="checkbox"/> ザイティガ 錠			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> パスのIC取得日	/ /			<input type="checkbox"/> イクスタンジ 錠 <input type="checkbox"/> アーリーダ 錠			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/> 算定 <input type="checkbox"/> 算定せず			骨修飾薬			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> ランマーク <input type="checkbox"/> ゴメタ			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
				特記事項			/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
							/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	

目標:PSA値 4.0ng/ml以下または付近で安定している

最低3ヶ月ごとのPSA検査

内分泌療法開始後1年ごとに病院へ

受診日	注射	内服	症状、処方など	PSA測定日	PSA値
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml
/ /	ゾラテックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 リュープリン <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤 ゴナックス <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	ビカルタミド(カゾテックス) <input type="checkbox"/> ニュベクオ <input type="checkbox"/> フルタミド(オダイン) <input type="checkbox"/> ザイティガ <input type="checkbox"/> イクスタンジ <input type="checkbox"/> アーリーダ <input type="checkbox"/>		/ /	ng/ml

バリアンス	4週間以上あけて測定したPSA値が最低値から25%以上の上昇(ただし、上昇幅は2ng/ml以上)	バリアンス発生時は主治医の外来予約をお取り下さい 【連絡先】 〇〇〇病院 TEL: FAX:	担当医 担当曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
-------	--	---	---

次回病院受診日

/ /

〇〇〇病院泌尿器科 地域連携パス『前立腺癌/放射線療法後』

様

ID

生年月日

/ /

〇〇〇病院	生検日	/ /	歳	ネオアジュバント	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	PSA経過(Nadir値に <input checked="" type="checkbox"/>)		
	生検時PSA			開始日	/ /	測定日	PSA値	
	直腸診			内容	<input type="checkbox"/> LHRH単剤 <input type="checkbox"/> MAB	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
	MRI			放射線療法		/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
	TRUS			開始日	/ /	歳	ng/ml <input type="checkbox"/>	
	臨床病期 (2022年第5版)	T N M			終了日	/ /	歳	ng/ml <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 外照射	Gy	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	グリソスコア	+	=		<input type="checkbox"/> 密封小線源	Gy	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 粒子線	GyE	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	<適応条件>			アジュバント	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
	PSA 2.0ng/ml未満または付近で安定			内容	<input type="checkbox"/> LHRH単剤 <input type="checkbox"/> MAB	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>	
	パスのIC取得日			/ /	予定期間	年 月まで	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
がん治療連携計画策定料			<input type="checkbox"/> 算定 <input type="checkbox"/> 算定せず		/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>		
目標:PSA 2.0ng/ml以下または2.0ng/ml付近で安定している 最低3か月毎のPSA検査 術後1, 2, 3, 4, 5, 10年目に病院へ (5年目までは〇〇〇病院側で予約をとる。10年目は連携医療機関よりFAX等で予約をとる)								
連携医療機関 ()	受診日	排尿症状	直腸症状	その他の症状、処方など		PSA測定日	PSA値	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	
	/ /	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			/ /	ng/ml	

バリアンス	PSA値がNadir+2 を超えて上昇	バリアンス発生時は主治医の外来予約をお取り下さい 連絡先】 TEL	〇〇〇病院 FAX	泌尿器科 担当医	
				担当曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
	次回病院受診日	/ /		放射線治療科 担当医	
				担当曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金

〇〇〇病院泌尿器科 地域連携パス『前立腺癌/PSA高値例』

様

ID

生年月日

/ /

() 歳

〇〇〇病院

連携医療機関

)

<生検>

 あり

生検日

/ /

生検日

/ /

生検日

/ /

生検日

/ /

 なし

PSA経過

測定日

PSA値

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

<適応条件>

パスのIC取得日

/ /

/ /

ng/ml

目標:PSA値が生検時の1.4倍未満で経過

6か月毎のPSA検査

測定日

PSA値

症状

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

/ /

ng/ml

バリエーション

PSA値が生検時の1.4倍以上
あるいは
パス開始時の1.4倍以上バリエーション発生時は主治医の外来予約をお取り下さい
【連絡先】

〇〇〇病院

TEL

FAX

担当医

 月 火 水
 木 金

担当曜日

次回病院受診日

/ /