

7-2-1 前立腺がんパス計画書(医療者用)兵庫県統一版(Ver.2.1)

患者氏名 _____

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 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|------|--------|--------|--------|-----------------|--------|--------|--------|-----------------|--------|--------|--------|-----------------|--------|--------|--------|
| 受診月日 | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 9ヵ月 | 1年 | 1年3ヵ月 | 1年6ヶ月 | 1年9ヵ月 | 2年 | 2年3ヵ月 | 2年6ヶ月 | 2年9ヵ月 | 3年 | 3年3ヵ月 | 3年6ヶ月 | 3年9ヵ月 |
| 診 察 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PSA | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 採血 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 投薬 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | 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 | 4年 | 4年3ヵ月 | 4年6ヶ月 | 4年9ヵ月 | 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ヵ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(LHRH) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 抗アンドロゲン剤 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 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

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

【地域連携パス計画策定料】

算定あり

算定なし