

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

〇〇〇病院

生検日	/ /	歳	手術日	/ /	歳	PSA経過(Nadir値に <input 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	T	M 0	神経温存		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> なし	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
	N		病理学的分類		T N M 0	断端	/ /
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					/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
開始日	/ /		性機能リハビリ		有 無	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
内容	<input type="checkbox"/> LHRH単剤 <input type="checkbox"/> MAB		服用薬		<input type="checkbox"/> レイトラ()mg <input type="checkbox"/> シアリス()mg	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
<適応条件>			特記事項			/ /	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

バリアンス	PSA値が0.2ng/ml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】	担当医	
		TEL	〇〇〇病院 FAX	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

連携医療機関

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 (2009年度版)	T N M	0	終了日	/ / 歳	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 外照射	Gy	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 密封小線源	Gy	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
グリソスコア	+ =		<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)

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
/ /	<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】	泌尿器科担当医
	次回病院受診日	TEL 〇〇〇病院 FAX	担当曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
			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 共通地域連携パス『前立腺がん/内分泌療法』

様	ID	生年月日	/	/
---	----	------	---	---

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
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		PSA値(Nadir値) <input checked="" type="checkbox"/>
MRI			<input type="checkbox"/> ゾラデックス3.6mg <input type="checkbox"/> ゾラデックス10.8mg	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
TRUS			<input type="checkbox"/> リュープリン3.75mg <input type="checkbox"/> リュープリン11.25mg	/ /	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			<input type="checkbox"/> ゴナックス <input type="checkbox"/> 両側精巣摘除	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
その他 ()			最終投与日(手術日)	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
骨EOD: (<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4)			抗アンドロゲン剤 (シエネリック <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
臨床病期 (2009年度版) *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	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> 錠	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
グリソスコア	+		<input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> 錠	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
<適応条件>			<input type="checkbox"/> プロスターール25 <input type="checkbox"/> 錠	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PSA 4ng/ml以下または付近で安定			特記事項	/ /	ng/ml <input type="checkbox"/>
<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
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	ng/ml
/ /	ゾラデックス <input type="checkbox"/> 3.6mg <input type="checkbox"/> 10.8mg リュープリン <input type="checkbox"/> 3.75mg <input type="checkbox"/> 11.25mg ゴナックス <input type="checkbox"/> 80mg	<input type="checkbox"/> カゾデックス <input type="checkbox"/> オダイン <input type="checkbox"/> プロスターール		/ /	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/PSA高値例』

様

ID

生年月日

/ /

() 歳

<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

〇〇〇病院

連携医療機関

)

バ
リ
ア
ン
ス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

担当曜日

 月 火 水
 木 金

次回病院受診日

/ /