


千葉県共用がん地域医療連携パス

<前立腺がん/前立腺全摘除術後内分泌療法> (診療計画表)

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

患者氏名 (ID )	様	生年月日 ・性別	MTSH ____年__月__日 ( ____歳) 男・女
---------------	---	-------------	-------------------------------------

治療開始 (再発治療開始日: ____年__月__日)		治療開始後																														
計画策定病院	治療	■前立腺全摘除術 (手術日: ____年__月__日)	再発治療開始後の期間	1か月	2か月	3か月	6か月	9か月	1年	1年3か月	1年6か月	1年9か月	2年	2年3か月	2年6か月	2年9か月	3年	3年3か月	3年6か月	3年9か月	4年	4年3か月	4年6か月	4年9か月	5年	5年3か月	5年6か月	5年9か月	以後は3か月毎に継続			
		□ LH-RHアゴニスト単剤 □ 除睾術 (手術日: ____年__月__日)	受診	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	目標	■PSA値0.2ng/ml未満 ■診療計画に沿って、定期的な検査が行える	診察・問診	全身症状(PS)	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			検査	新たな症状の出現	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
				PSA	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			血算・生化学	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		尿検査	●	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		治療・処方	<input type="checkbox"/> LH-RHアゴニスト <input type="checkbox"/> LH-RHアゴニスト単剤+抗アンドロゲン剤 <input type="checkbox"/> その他( )	 5年間で終了 (終了予定: ____年__月)																												

● は、計画策定病院で診察します。  
○ は、連携医療機関で診察します。(●に変更し、計画策定病院で診療する場合があります。)  
( ) は、状況に応じて診察します。

私は、診療計画について説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。  
平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 お名前 \_\_\_\_\_ (本人・家族)

**千葉県共用がん地域医療連携パス**  
**〈前立腺がん/前立腺全摘除術後内分泌療法〉**  
**(診療経過表-1)**

患者氏名	(ID )	生年月日(年齢)・性別	M T S	年	月	日	歳	男女
職業		身長・退院時体重		cm			Kg	

計画策定病院	医師氏名	アレルギー歴	
	連絡先	禁忌薬	
連携医療機関	医師氏名		
	連絡先		

<b>入院時情報</b>	入院日	平成	年	月	日	既往歴	
	発症日	平成	年	月	日		
	併発疾患						
	主病名	前立腺がん					

<b>治療経過</b>	手術日	平成	年	月	日				
	術式	前立腺全摘除術							
	病理学的病期	T	N	M					
	Stage	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV				
	グリソンスコア								
	手術前PSA値	ng/ml		検査日	年	月	日		
	再発治療前PSA値	ng/ml		検査日	年	月	日		
	再発治療開始日	平成	年	月	日				
	再発治療の方法								
経過									

<b>退院時(パス適用時)情報</b>	退院日	平成	年	月	日	がん治療連携計画 策定料の算定	有	無	
	パス適用日	平成	年	月	日				
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(薬剤名					
	感染症	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり(具体的に					
	病状説明(告知など)	(必要時記載)							
	退院後の経過観察の要点	(必要時記載)							
	今後の治療(処方内容)	(必要時記載)							
	PSA値	ng/ml		検査日	年	月	日		

※ パス適用条件: PSA値 0.2ng/ml未満

千葉県共用がん地域医療連携パス〈前立腺がん/前立腺全摘除術後内分泌療法〉  
(診療経過表-2)

氏名( )

経過	治療開始後 ヶ月	治療開始後 ヶ月	治療開始後 ヶ月	治療開始後 ヶ月	治療開始後 ヶ月	治療開始後 ヶ月
(再発治療開始日: 年 月 日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
患者の受診場所	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関
医療機関名						

計画策定病院	計画策定病院での 検査・治療・患者指導・次回の予定等						
--------	-------------------------------	--	--	--	--	--	--

連携医療機関または計画策定病院	診察・問診	全身症状(PS)	点	点	点	点	点	点	
		排尿の問題	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
		新たな症状の出現	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
		上記症状の内容							
	検査	PSA	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	
		血算	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
		生化学	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
		他検査( )							
	治療	他検査( )							
		処方内容							
			添付文書	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
			特記事項(経過記録)						
			診療情報の提供	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )
			医師サイン						

〈バリエーション〉  
・PSA値  
0.2ng/ml以上  
・内分泌療法を継続できない