

【医療者用】治療記録シート(前立腺がん・前立腺全摘出術地域連携パス) No.1

患者氏名

区 分	項 目	退院時		1ヶ月目		2ヶ月目		3ヶ月目		4ヶ月目		5ヶ月目		6ヶ月目		7ヶ月目		8ヶ月目		9ヶ月目		10ヶ月目	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		拠点病院		拠点病院		かかりつけ医		拠点病院		かかりつけ医		かかりつけ医		拠点病院		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医	
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
自 覚 状 (問診)	尿漏れがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	尿が出にくい	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	排尿時の痛みがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	血尿・尿道出血がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
身 体 見 所 見	PSの悪化が見られる	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	下肢の浮腫がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
検 査 所 見	PSAは0.2ng/ml未満である	☐	☐	☐	☐			☐	☐					☐	☐					☐	☐		
総 合 見 所	再発は認められない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	術後後遺症は認められない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	拠点病院への紹介基準に該当しない					☐	☐			☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
検 査 等	末梢血一般	☐		☐				☐						☐						☐			
	生化学	☐		☐				☐						☐						☐			
	検尿	☐		☐				☐						☐						☐			
	腫瘍マーカー(PSA)	☐		☐				☐						☐						☐			
	直腸診													☐									
	CT(無症状、PSA基準値内の場合は省略可)													→									
	骨シンチ(再発が疑われる場合に適宜施行する)													→									
	胸部レントゲン													→									
													→										
投 薬																							
	服薬状況確認・併用薬チェック	☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Drサイン																							

【医療者用】治療記録シート(前立腺がん・前立腺全摘出術地域連携パス) No.2

患者氏名

区 分	項 目	11ヶ月目		1年目		13ヶ月目	14ヶ月目	15ヶ月目		16ヶ月目	17ヶ月目	18ヶ月目		19ヶ月目	20ヶ月目	21ヶ月目	
		年 月 日		年 月 日				年 月 日				年 月 日					
		かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院			かかりつけ医	拠点病院			かかりつけ医	拠点病院				
自覚症状 (問診)	尿漏れがある	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	尿が出にくい	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	排尿時の痛みがある	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	血尿・尿道出血がある	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
身体見所		はい	いいえ	はい	いいえ			はい	いいえ			はい	いいえ			はい	いいえ
	PSの悪化が見られる	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	下肢の浮腫がある	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
検査所見	PSAは0.2ng/ml未満である	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
総合所見	再発は認められない	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	術後後遺症は認められない	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	拠点病院への紹介基準に該当しない	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
検査等	末梢血一般	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	生化学	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	検尿	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	腫瘍マーカー(PSA)	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	直腸診	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	CT(無症状、PSA基準値内の場合は省略可)	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	骨シンチ(再発が疑われる場合に適宜施行する)	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	胸部レントゲン	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
投薬	服薬状況確認・併用薬チェック	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐
	Drサイン	☐	☐	☐	☐			☐	☐			☐	☐			☐	☐

【医療者用】治療記録シート(前立腺がん・前立腺全摘出術地域連携パス) No.3

患者氏名

[illegible]

【医療者用】治療記録シート(前立腺がん・前立腺全摘出術地域連携パス) No.4

患者氏名

[illegible]

【医療者用】治療記録シート(前立腺がん・前立腺全摘出術地域連携パス) No.5

患者氏名

[illegible]

【医療者用】治療記録シート(前立腺がん・前立腺全摘出術地域連携パス) No.6

患者氏名

--

区 分	項 目	55ヶ月目	56ヶ月目	57ヶ月目	58ヶ月目	59ヶ月目	5年目	備 考
				年 月 日			年 月 日	
				かかりつけ医			拠点病院	
				無 有			無 有	
自 覚 症 状 (問診)	尿漏れがある			☐	☐		☐	☐
	尿が出にくい			☐	☐		☐	☐
	排尿時の痛みがある			☐	☐		☐	☐
	血尿・尿道出血がある			☐	☐		☐	☐
				はい いいえ			はい いいえ	
身 体 見 所	PSの悪化が見られる			☐	☐		☐	☐
	下肢の浮腫がある			☐	☐		☐	☐
				☐	☐		☐	☐
				☐	☐		☐	☐
検 査 所 見	PSAは0.2ng/ml未満である			☐	☐		☐	☐
				☐	☐		☐	☐
総 合 所 見	再発は認められない			☐	☐		☐	☐
	術後後遺症は認められない			☐	☐		☐	☐
	拠点病院への紹介基準に該当しない			☐	☐			
検 査 等	末梢血一般						☐	
	生化学						☐	
	検尿						☐	
	腫瘍マーカー(PSA)			☐			☐	
	直腸診						☐	
	CT(無症状、PSA基準値内の場合は省略可)						→	
	骨シンチ(再発が疑われる場合に適宜施行する)						→	
	胸部レントゲン						→	
							→	
投 薬	服薬状況確認・併用薬チェック			☐			☐	
	Drサイン							