

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	退院時	1ヶ月目	2ヶ月目	3か月目	4ヶ月目
	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
PSA値	()ng/ml	()ng/ml		()ng/ml	
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	5ヶ月目	6ヶ月目	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目
	年 月 日	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	かかりつけ医	かかりつけ医
PSA値		()ng/ml			()ng/ml
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	10ヶ月目	11ヶ月目	1年目	13ヶ月目	14ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院		
PSA値			()ng/ml		
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	15ヶ月目	16ヶ月目	17ヶ月目	18ヶ月目	19ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医			かかりつけ医	
PSA値	()ng/ml			()ng/ml	
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	20ヶ月目	21ヶ月目	22ヶ月目	23ヶ月目	2年目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医				拠点病院
PSA値		()ng/ml			()ng/ml
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名	
------	--

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	25ヶ月目	26ヶ月目	27ヶ月目	28ヶ月目	29ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医				
PSA値			()ng/ml		
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	30ヶ月目 年 月 日	31ヶ月目 年 月 日	32ヶ月目 年 月 日	33ヶ月目 年 月 日	34ヶ月目 年 月 日
	かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医
PSA値	()ng/ml	/	/	()ng/ml	/
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド() 枚/日				
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	35ヶ月目	3年目	37ヶ月目	38ヶ月目	39ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	拠点病院				かかりつけ医
PSA値		()ng/ml			()ng/ml
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	40ヶ月目	41ヶ月目	42ヶ月目	43ヶ月目	44ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医				
PSA値			()ng/ml		
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名	
------	--

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	45ヶ月目	46ヶ月目	47ヶ月目	4年目	49ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医			拠点病院	
PSA値	()ng/ml			()ng/ml	
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名	
------	--

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	50ヶ月目	51ヶ月目	52ヶ月目	53ヶ月目	54ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医			かかりつけ医	
PSA値		()ng/ml			()ng/ml
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	55ヶ月目	56ヶ月目	57ヶ月目	58ヶ月目	59ヶ月目
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	かかりつけ医				
PSA値			()ng/ml		
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
	パッド()				
	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日	枚/日
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり				
その他					

患者氏名

【患者さま用】 自己チェックシート(前立腺がん・前立腺全摘術地域連携パス)

受診日	5年目	備考
	年 月 日	
	拠点病院	
PSA値	()ng/ml	
尿失禁	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	
	パッド()	
	枚/日	
排尿困難	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	
その他		