

【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

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		患者氏名
			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	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	
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																							
身体所		PSの悪化が見られる																							
		下肢の浮腫がある																							
検査所		PSAは0.2ng/ml未満である																							
総合所		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																							
		末梢血一般																							
		生化学																							
検査等		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)																							
投薬		胸部レントゲン																							
Drサイン		服薬状況確認・併用薬チェック																							

【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 年月日	12ヶ月目 年月日	13ヶ月目 年月日	14ヶ月目 年月日	15ヶ月目 年月日	16ヶ月目 年月日	17ヶ月目 年月日	18ヶ月目 年月日	19ヶ月目 年月日	20ヶ月目 年月日	21ヶ月目 年月日
自覚症状 (問診)	尿漏れがある	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	尿が出にくい	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	排尿時の痛みがある	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	血尿・尿道出血がある	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
身体見	PSの悪化が見られる	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
	下肢の浮腫がある	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
検査所	PSAは0.2ng/ml未満である	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
総合見	再発は認められない	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	術後後遺症は認められない	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	拠点病院への紹介基準に該当しない	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	末梢血一般	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	生化学	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
検査等	検尿	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	腫瘍マーカー (PSA)	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	直腸診	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	CT (無症状、PSA基準値内の場合(は省略可))	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
	骨シンチ (再発が疑われる場合に適宜施行する)	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
投薬	胸部レントゲン	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
Drサイン	服薬状況確認・併用薬チェック	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

1

Dr-サイン

