

公立陶生病院 前立腺癌PSA検査医療連携パス 医療者用
 (診療情報提供書)

		記入日	
患者名		紹介元識別番号	
生年月日		陶生識別番号	

① PSA 検査結果

検査日	年 月 日	抗血小板薬・ 抗凝固薬処方 (薬剤名)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()
PSA値	ng/ml		
【コメント欄】		抗血小板薬・抗凝 固薬中止可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否
		紹介元医 療機関名	
		医師名	

② 精密検査

公立陶生病院 担当医 (泌尿器科)	<input type="checkbox"/> PSA 再検査	ng/ml	
	<input type="checkbox"/> エコー (所見)	[<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性]	<input type="checkbox"/> 直腸指診 (所見)
	<input type="checkbox"/> MRI (所見)	[<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性]	<input type="checkbox"/> 生検 [未施行理由] <input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 二次PSA正常 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【治療方針】◎精密検査の結果◎		
	<input type="checkbox"/> 癌あり (前立腺癌医療連携ガイドラインに基づいて治療を行います) [<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 局所進行 <input type="checkbox"/> 転移]リスク癌 <input type="checkbox"/> 癌なし (下記要領にて経過観察をお願いします。) <input type="checkbox"/> _____ヶ月毎にPSA検査をお願いします。 <input type="checkbox"/> _____ヶ月毎に定期紹介をお願いします。 <input type="checkbox"/> PSA値が _____ng/ml以上になりましたら紹介をお願いします。 <input type="checkbox"/> 当院にてPSA検査施行していきます。 [理由] <input type="checkbox"/> PSA高値 <input type="checkbox"/> 生検疑陽性 <input type="checkbox"/> [

この度はご紹介ありがとうございました。今後ともよろしくお願い致します。

③ 経過観察 (PSA 検査)

紹介元に逆紹介	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml
	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml
	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml
	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml
	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml
	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml
	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml
	年 月 日 :	ng/ml	年 月 日 :	ng/ml

☆特記事項：保険上は3ヶ月毎、計3回/年まで