

前立腺がん地域連携パス 検査スケジュール・項目一覧

患者名: _____

診察月	開始時	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
自他覚症状	●	[○●]	●	○	●	○	●	○	●	○	●
PSA(タンデム)	●	[○●]	●	○	●	○	●	○	●	○	●
尿検査	●	[○●]	●		●		●		●		●

診察月	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60
自他覚症状	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
PSA(タンデム)	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
尿検査		●		●		●		●		●

5
年
目
以
降

参考事項

- 病院 ○かかりつけ医 []は何れで実施しても可、予約時に確認する。
検査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可
胸腹部CT、腹部USは適宜施行

● 病院の検査項目	腫瘍マーカー : PSA(タンデム) 尿検査
○ かかりつけ医の検査項目	腫瘍マーカー : PSA(タンデム)