

岐阜県

# 地域連携パス

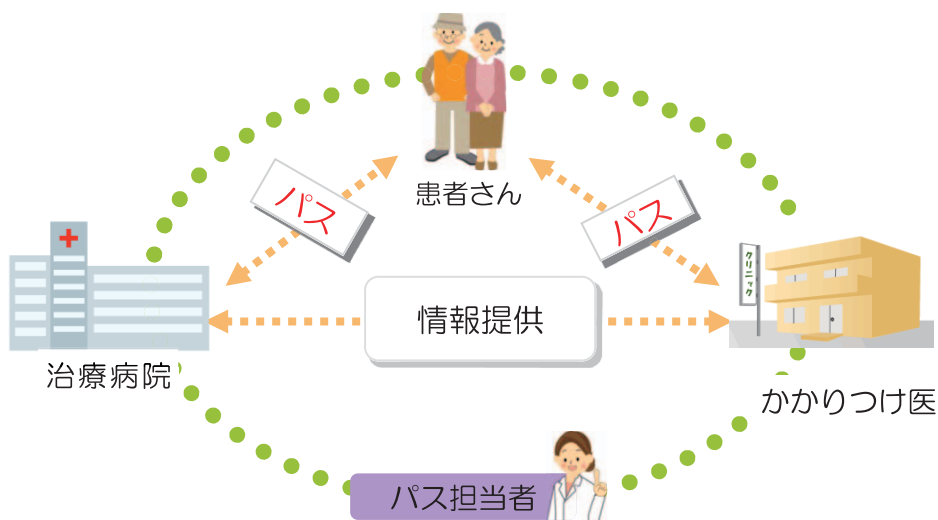


氏名

## 「岐阜県地域連携パス」とは

がんの治療は、専門的・集中的治療を行う病院と、お住まいの地域のかかりつけ医療機関などが連携し、患者さんの診療計画を共有の上、役割分担をしながら、患者さんやご家族を支える仕組みに変わりつつあります。

皆さまが地域のかかりつけ医にかかっても、共通化された診察や検査、治療、経過観察の計画に沿って、継続した医療を受けることができるよう、岐阜県内の多くの病院と医院・クリニックが協力し作成した「5年間の計画書」です。



# 「岐阜県地域連携パス」における役割分担

治療病院の主治医とかかりつけ医とが連携し、役割を分担して患者さんの治療にあたります。

## 治療病院



定期的な精密検査や手術、放射線治療、化学療法など高度な医療を担当します

- ・精密検査
- ・各種治療
- ・服薬指導
- ・栄養指導
- ・療養指導など

## かかりつけ医



日常の診療や療養指導を担当します

- ・血液検査
- ・尿検査
- ・お薬の処方
- ・併存する病気の治療(持病)

## パス担当者



パスに関する質問、相談、また中止等相談を承ります。

受診の際には、検査や治療がスムーズに進むために、この「岐阜県地域連携パス」にご記入の上、医師にお見せ頂こう、お願い致します。



お 名 前

生 年 月 日      昭・平      \_\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_ 月      \_\_\_\_\_ 日

住      所

T   E   L

緊急時  
連絡先

身      長      \_\_\_\_\_cm      体   重      術   前      \_\_\_\_\_kg  
退 院 時      \_\_\_\_\_kg

治 療 病 院

T   E   L

I      D

担 当 医

手   術   日      20\_\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_ 月      \_\_\_\_\_ 日

退   院   日      20\_\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_ 月      \_\_\_\_\_ 日

手   術   日      20\_\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_ 月      \_\_\_\_\_ 日

退   院   日      20\_\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_ 月      \_\_\_\_\_ 日

かかりつけ医療機関

医      師      名

T      E      L

か か り つ け 薬 局

T      E      L

F      A      X

地域連携パス同意書

☐      確   認

既往症および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病、心臓疾患、脳血管疾患、腎疾患

その他

アレルギー（薬、食べ物等）

アレルギー

あり

なし

（ありの場合、ご記入ください。）

造影剤アレルギー

あり

なし

内服薬（お薬手帳がある場合は記入不要）

# 前立腺がん 治療経過

|        |         |                                                                                                                                             |
|--------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 治<br>療 | 外 科 治 療 | 有 ・ 無                                                                                                                                       |
|        | 術 式     | <input type="checkbox"/> 開腹手術<br><input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術<br><input type="checkbox"/> ロボット支援腹腔鏡手術<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|        | 日 時     | 年 月 日                                                                                                                                       |
|        | 薬 物 治 療 | 有 ・ 無                                                                                                                                       |
|        | 内 容     |                                                                                                                                             |
|        | 日 時     | 年 月 日                                                                                                                                       |
| 病<br>態 | その他 ( ) | 有 ・ 無                                                                                                                                       |
|        | 内 容     |                                                                                                                                             |
|        | 日 時     | 年 月 日                                                                                                                                       |
| 評<br>価 | 進 行 度   | stage ( )                                                                                                                                   |
|        | 根 治 性   |                                                                                                                                             |



| 前立腺がん              |                    | 入院又は連携開始時                                                                     | 3ヶ月後                                                                          | 6ヶ月後                                                                          |
|--------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 手術日    年    月    日 |                    | 病院                                                                            | 病院・かかりつけ医                                                                     | 病    院                                                                        |
| 診察日    年    月    日 |                    | 年    月    日                                                                   | 年    月    日                                                                   | 年    月    日                                                                   |
| 達成目標               | PSA再燃がない           | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       |
|                    | 排尿困難なし             | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       |
| 診療情報提供書            |                    | 未    ・    済                                                                   | 未    ・    済                                                                   | 未    ・    済                                                                   |
| 検査結果説明             |                    | 未    ・    済                                                                   | 未    ・    済                                                                   | 未    ・    済                                                                   |
| 血液検査・尿検査           | PSA（タンデム）          | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 |
|                    | 検血一般               | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                      |
|                    | 尿検査                | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       |
|                    | その他 (            ) |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| CTまたはMRI           |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 腹部US               |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| その他(            )  |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 内服薬（有・無）           |                    | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   |
| 追加                 |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 特記事項               |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 診察前には、患者さんにご記入ください | 尿失禁                | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   |
|                    | 排尿困難               | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   |
|                    | 食欲不振               | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   |
|                    | 痛み                 | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   |
|                    | 下肢のむくみ             | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   |
|                    | しびれがある             | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   | 有    ・    無                                                                   |
|                    | 体重                 |                                                                               | Kg                                                                            | Kg                                                                            |
|                    | その他                |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 診察所見               |                    | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) |

| 9ヶ月後        | 1年後         | 1年3ヶ月後      | 1年6ヶ月後      |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| かかりつけ医      | 病 院         | かかりつけ医      | 病 院         |
| 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml |
| □           | □           | □           | □           |
|             | □ ( )       |             | □ ( )       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| Kg          | Kg          | Kg          | Kg          |
|             |             |             |             |
| □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      |
| □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  |

|                   |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
|-------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 前立腺がん             |                    | 1年9ヶ月後                                                                        | 2年後                                                                           | 2年3ヶ月後                                                                        |
| 手術日 年 月 日         |                    | かかりつけ医                                                                        | 病 院                                                                           | かかりつけ医                                                                        |
| 診察日 年 月 日         |                    | 年 月 日                                                                         | 年 月 日                                                                         | 年 月 日                                                                         |
| 達成目標              | PSA再燃がない           | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       |
|                   | 排尿困難なし             | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       |
| 診療情報提供書           |                    | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           |
| 検査結果説明            |                    | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           |
| 血液検査・尿検査          | PSA（タンデム）          | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 |
|                   | 検血一般               | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                      |
|                   | 尿検査                |                                                                               | <input type="checkbox"/> (            )                                       |                                                                               |
|                   | その他 (            ) |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| CTまたはMRI          |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 腹部US              |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| その他(            ) |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 内服薬（有・無）          |                    | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
| 追加                |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 特記事項              |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| こちらには、患者さんご記入ください | 尿失禁                | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 排尿困難               | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 食欲不振               | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 痛み                 | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 下肢のむくみ             | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | しびれがある             | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 体重                 |                                                                               | Kg                                                                            | Kg                                                                            |
|                   | その他                |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 診察所見              |                    | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) |

かかりつけ医( )

医師名( )

| 2年6ヶ月後      | 2年9ヶ月後      | 3年後         | 3年3ヶ月後      |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 病 院         | かかりつけ医      | 病 院         | かかりつけ医      |
| 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml |
| □           | □           | □           | □           |
| □ ( )       |             | □ ( )       |             |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| Kg          | Kg          | Kg          | Kg          |
|             |             |             |             |
| □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      |
| □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  |

|                    |                    |                                 |                                 |                                 |
|--------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 前立腺がん              |                    | 3年6ヶ月後                          | 3年9ヶ月後                          | 4年後                             |
| 手術日 年 月 日          |                    | 病 院                             | かかりつけ医                          | 病 院                             |
| 診察日 年 月 日          |                    | 年 月 日                           | 年 月 日                           | 年 月 日                           |
| 達成目標               | PSA再燃がない           | □ (            )                | □ (            )                | □ (            )                |
|                    | 排尿困難なし             | □ (            )                | □ (            )                | □ (            )                |
| 診療情報提供書            |                    | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 |
| 検査結果説明             |                    | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 |
| 血液検査・尿検査           | PSA (タンデム)         | □ (            ) ng/ml          | □ (            ) ng/ml          | □ (            ) ng/ml          |
|                    | 検血一般               | □                               | □                               | □                               |
|                    | 尿検査                | □ (            )                |                                 | □ (            )                |
|                    | その他 (            ) |                                 |                                 |                                 |
| CTまたはMRI           |                    |                                 |                                 |                                 |
| 腹部US               |                    |                                 |                                 |                                 |
| その他 (            ) |                    |                                 |                                 |                                 |
| 内服薬 (有・無)          |                    | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
| 追加                 |                    |                                 |                                 |                                 |
| 特記事項               |                    |                                 |                                 |                                 |
| こちらには、患者さんご記入ください  | 尿失禁                | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                    | 排尿困難               | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                    | 食欲不振               | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                    | 痛み                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                    | 下肢のむくみ             | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                    | しびれがある             | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                    | 体重                 |                                 | Kg                              | Kg                              |
|                    | その他                |                                 |                                 |                                 |
| 診察所見               |                    | □ 問題なし<br>□ 問題あり (            ) | □ 問題なし<br>□ 問題あり (            ) | □ 問題なし<br>□ 問題あり (            ) |

かかりつけ医( )

医師名( )

| 4年3ヶ月後      | 4年6ヶ月後      | 4年9ヶ月後      | 5年後         |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| かかりつけ医      | 病 院         | かかりつけ医      | 病 院         |
| 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml |
| □           | □           | □           | □           |
|             | □ ( )       |             | □ ( )       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| Kg          | Kg          | Kg          | Kg          |
|             |             |             |             |
| □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      |
| □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  |

|                   |           |                      |                      |                      |
|-------------------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 前立腺がん             |           | 5年3ヶ月後               | 5年6ヶ月後               | 5年9ヶ月後               |
| 手術日 年 月 日         |           | かかりつけ医               | 病 院                  | かかりつけ医               |
| 診察日 年 月 日         |           | 年 月 日                | 年 月 日                | 年 月 日                |
| 達成目標              | PSA再燃がない  | □ ( )                | □ ( )                | □ ( )                |
|                   | 排尿困難なし    | □ ( )                | □ ( )                | □ ( )                |
| 診療情報提供書           |           | 未 ・ 済                | 未 ・ 済                | 未 ・ 済                |
| 検査結果説明            |           | 未 ・ 済                | 未 ・ 済                | 未 ・ 済                |
| 血液検査・尿検査          | PSA（タンデム） | □ ( ) ng/ml          | □ ( ) ng/ml          | □ ( ) ng/ml          |
|                   | 検血一般      | □                    | □                    | □                    |
|                   | 尿検査       |                      | □ ( )                |                      |
|                   | その他 ( )   |                      |                      |                      |
| CTまたはMRI          |           |                      |                      |                      |
| 腹部US              |           |                      |                      |                      |
| その他( )            |           |                      |                      |                      |
| 内服薬（有・無）          |           | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                |
| 追加                |           |                      |                      |                      |
| 特記事項              |           |                      |                      |                      |
| こちらには、患者さんご記入ください | 尿失禁       | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                |
|                   | 排尿困難      | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                |
|                   | 食欲不振      | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                |
|                   | 痛み        | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                |
|                   | 下肢のむくみ    | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                |
|                   | しびれがある    | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                | 有 ・ 無                |
|                   | 体重        | Kg                   | Kg                   | Kg                   |
|                   | その他       |                      |                      |                      |
| 診察所見              |           | □ 問題なし<br>□ 問題あり ( ) | □ 問題なし<br>□ 問題あり ( ) | □ 問題なし<br>□ 問題あり ( ) |

かかりつけ医( )

医師名( )

| 6年後         | 6年3ヶ月後      | 6年6ヵ月後      | 6年9ヶ月後      |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 病 院         | かかりつけ医      | 病 院         | かかりつけ医      |
| 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml |
| □           | □           | □           | □           |
| □ ( )       |             | □ ( )       |             |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| Kg          | Kg          | Kg          | Kg          |
|             |             |             |             |
| □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      |
| □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  |

| 前立腺がん             |                    | 7年目                             | 7年3ヶ月後                          | 7年後6ヵ月後                         |
|-------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 手術日 年 月 日         |                    | 病 院                             | かかりつけ医                          | 病 院                             |
| 診察日 年 月 日         |                    | 年 月 日                           | 年 月 日                           | 年 月 日                           |
| 達成目標              | PSA再燃がない           | □ (            )                | □ (            )                | □ (            )                |
|                   | 排尿困難なし             | □ (            )                | □ (            )                | □ (            )                |
| 診療情報提供書           |                    | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 |
| 検査結果説明            |                    | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 | 未      ・      済                 |
| 血液検査・尿検査          | PSA（タンデム）          | □ (            ) ng/ml          | □ (            ) ng/ml          | □ (            ) ng/ml          |
|                   | 検血一般               | □                               | □                               | □                               |
|                   | 尿検査                | □ (            )                |                                 | □ (            )                |
|                   | その他 (            ) |                                 |                                 |                                 |
| CTまたはMRI          |                    |                                 |                                 |                                 |
| 腹部US              |                    |                                 |                                 |                                 |
| その他(            ) |                    |                                 |                                 |                                 |
| 内服薬（有・無）          |                    | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
| 追加                |                    |                                 |                                 |                                 |
| 特記事項              |                    |                                 |                                 |                                 |
| こちらには、患者さんご記入ください | 尿失禁                | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                   | 排尿困難               | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                   | 食欲不振               | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                   | 痛み                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                   | 下肢のむくみ             | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                   | しびれがある             | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 | 有      ・      無                 |
|                   | 体重                 |                                 | Kg                              | Kg                              |
|                   | その他                |                                 |                                 |                                 |
| 診察所見              |                    | □ 問題なし<br>□ 問題あり (            ) | □ 問題なし<br>□ 問題あり (            ) | □ 問題なし<br>□ 問題あり (            ) |

|             |             |             |             |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 7年9ヶ月後      | 8年目         | 8年3ヶ月後      | 8年6ヶ月後      |
| かかりつけ医      | 病 院         | かかりつけ医      | 病 院         |
| 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       | 年 月 日       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       | □ ( )       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       | 未 ・ 済       |
| □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml | □ ( ) ng/ml |
| □           | □           | □           | □           |
|             | □ ( )       |             | □ ( )       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
|             |             |             |             |
|             |             |             |             |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       | 有 ・ 無       |
| Kg          | Kg          | Kg          | Kg          |
|             |             |             |             |
| □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      | □ 問題なし      |
| □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  | □ 問題あり ( )  |

|                   |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
|-------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 前立腺がん             |                    | 8年9ヶ月後                                                                        | 9年後                                                                           | 9年3ヶ月後                                                                        |
| 手術日 年 月 日         |                    | かかりつけ医                                                                        | 病 院                                                                           | かかりつけ医                                                                        |
| 診察日 年 月 日         |                    | 年 月 日                                                                         | 年 月 日                                                                         | 年 月 日                                                                         |
| 達成目標              | PSA再燃がない           | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       |
|                   | 排尿困難なし             | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       | <input type="checkbox"/> (            )                                       |
| 診療情報提供書           |                    | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           |
| 検査結果説明            |                    | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           | 未        ・        済                                                           |
| 血液検査・尿検査          | PSA（タンデム）          | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 | <input type="checkbox"/> (            ) ng/ml                                 |
|                   | 検血一般               | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                      |
|                   | 尿検査                |                                                                               | <input type="checkbox"/> (            )                                       |                                                                               |
|                   | その他 (            ) |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| CTまたはMRI          |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 腹部US              |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| その他(            ) |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 内服薬（有・無）          |                    | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
| 追加                |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 特記事項              |                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| こちらには、患者さんご記入ください | 尿失禁                | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 排尿困難               | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 食欲不振               | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 痛み                 | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 下肢のむくみ             | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | しびれがある             | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           | 有        ・        無                                                           |
|                   | 体重                 |                                                                               | Kg                                                                            | Kg                                                                            |
|                   | その他                |                                                                               |                                                                               |                                                                               |
| 診察所見              |                    | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 問題あり (            ) |

かかりつけ医( )

医師名( )

| 9年6ヶ月後                             | 9年9ヶ月後                             | 10年後                               |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 病 院                                | かかりつけ医                             | 病 院                                |
| 年 月 日                              | 年 月 日                              | 年 月 日                              |
| <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |
| <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |
| 未 ・ 済                              | 未 ・ 済                              | 未 ・ 済                              |
| 未 ・ 済                              | 未 ・ 済                              | 未 ・ 済                              |
| <input type="checkbox"/> ( ) ng/ml | <input type="checkbox"/> ( ) ng/ml | <input type="checkbox"/> ( ) ng/ml |
| <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>           |
| <input type="checkbox"/> ( )       |                                    | <input type="checkbox"/> ( )       |
|                                    |                                    |                                    |
|                                    |                                    |                                    |
|                                    |                                    |                                    |
| 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              |
|                                    |                                    |                                    |
|                                    |                                    |                                    |
| 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              |
| 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              |
| 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              |
| 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              |
| 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              |
| 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              | 有 ・ 無                              |
| Kg                                 | Kg                                 | Kg                                 |
|                                    |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> 問題なし      | <input type="checkbox"/> 問題なし      | <input type="checkbox"/> 問題なし      |
| <input type="checkbox"/> 問題あり ( )  | <input type="checkbox"/> 問題あり ( )  | <input type="checkbox"/> 問題あり ( )  |

通信欄(かかりつけ医療機関・治療病院 兼用)

[illegible]

名前

通信欄(かかりつけ医療機関・治療病院 兼用)

年 月 日

サイン

別表 検査項目一覧表 前立腺がん連携パス

| 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  
繰  
り  
返  
し

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)<br>尿検査  |
| ○ かかりつけ医の    腫瘍マーカー: PSA(タンデム)<br>検査項目 |

## この手帳の使い方について

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。紛失しないように大切にお取り扱いをお願いします。

手帳の記入は、患者さんと医療者が共同して行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、お名前・連絡先・アレルギー・既往歴などをご記入ください。

かかりつけ医ならびに治療病院の先生は、共同診療計画書の記載をお願いします。また、計画書の項目を選び、☐にチェックしてから患者さんにお渡しください。画像検査を行った場合は結果を簡単にご記入ください。

検査データ結果についてもご記入いただき、診察月のページのコピーを治療病院へ送付する事で、診療計画の経過報告とすることができます。



岐阜県がん診療連携拠点病院協議会  
岐阜県健康福祉部保健医療課

