

共同診療計画書:前立腺がんホルモン療法フォローアップ

患者氏名

治療開始日 年 月 日

Stage 期 治療 ホルモン療法

計画策定病院

専門医

(内容:

) 連携医療機関

かかりつけ医

<5年目まで>		4年1~2ヶ月目	4年3~4ヶ月目	4年5~6ヶ月目	4年7~8ヶ月目	4年9~10ヶ月目	5年目
黄色の欄は必須です→		かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医又は 計画策定病院
受診	受診予定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
目標	PSA	PSAが2.0以上に上昇せず経過・継続困難な副作用がない					
血液検査	血液検査	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	検血の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	生化学の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	異常値の内容						
	PSA測定 (目標値 <2.0)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ng/ml	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ng/ml	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ng/ml	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ng/ml	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ng/ml	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ng/ml
画像	実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	内容・所見						
薬剤	処方	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
	がん治療薬(内服)薬剤:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	がん治療薬(注射)薬剤:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他						
診察	身体症状の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	所見・その他						
指導など	()指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
	()指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施
備考							
医師サイン							