共同診療計画書：前立腺がん放射線療法後フォローアップ

Stage　　期　治療　□外照射　□小線源療法

患者氏名　　治療開始日　　年　月　日 / 治療終了日　　年　月　日

計画策定病院　　専門医

連携医療機関　　かかりつけ医

		<12か月目まで>	パス開始時	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	11ヶ月目	12ヶ月目
	黄色の欄は必須です→		計画策定病院	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	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	計画策定病院
医師記入	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	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	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	目標	PSA／合併症・副作用	PSAが2.0以上に上昇せず経過し、継続困難な合併症・副作用がない												
	血液検査	血液検査	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施
		検血の異常	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
		生化学の異常	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
		異常値の内容													
		PSA測定（目標値 <2.0）	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml	□あり □なし ng/ml
	画像	実施	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
		内容・所見													
	薬剤	処方	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
		内容													
	診察	身体症状の異常	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
		所見・その他													
	指導など	（　　）指導	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施
		（　　）指導	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施
	備考														
		医師サイン													

共同診療計画書：前立腺がん放射線療法後フォローアップ

Stage　　期　治療　□外照射　□小線源療法

患者氏名　　治療開始日　　年　月　日 / 治療終了日　　年　月　日

計画策定病院　　専門医

連携医療機関　　かかりつけ医

		<2～4年目まで>	年1ヶ月目	年2ヶ月目	年3ヶ月目	年4ヶ月目	年5ヶ月目	年6ヶ月目	年7ヶ月目	年8ヶ月目	年9ヶ月目	年10ヶ月目	年11ヶ月目	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	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	計画策定病院
医師記入	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	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	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	目標	PSA／合併症・副作用	PSAが2.0以上に上昇せず経過し、継続困難な合併症・副作用がない											
	血液検査	血液検査	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施
		検血の異常	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		生化学の異常	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		異常値の内容												
		PSA測定（目標値 <2.0）	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml
	画像	実施	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		内容・所見												
	薬剤	処方	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		内容												
	診察	身体症状の異常	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		所見・その他												
	指導など	（　　）指導	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施
		（　　）指導	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施
	備考													
		医師サイン												

共同診療計画書：前立腺がん放射線療法後フォローアップ
Stage　　期　治療　□外照射　□小線源療法

患者氏名　　治療開始日　年　月　日 / 治療終了日　年　月　日
計画策定病院　　専門医
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
医師記入	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し、継続困難な合併症、副作用がない					
	血液検査	血液検査	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施	□実施□未実施
		検血の異常	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		生化学の異常	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		異常値の内容						
		PSA測定 （目標値 <2.0）	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml	□あり　□なし ng/ml
	画像	実施	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		内容・所見						
	薬剤	処方	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		内容						
	診察	身体症状の異常	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし	□あり　□なし
		所見・その他						
	指導など	（　　）指導	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施
		（　　）指導	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施	□実施
	備考							
		医師サイン						