

前立腺がん西濃地域連携パス（前立腺全摘後）No. 5 登録番号（ ）

患者氏名 **様**（病院カルテNo. _____ かかりつけ医カルテNo. _____）

大垣市民病院泌尿器科		かかりつけ医			病院・医院・クリニック		
医師名					先生		
施設		大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院	かかりつけ医	大垣市民病院	かかりつけ医
経過（術後）	手術術式：	6年	6年3ヶ月	6年6ヶ月	6年9ヶ月	7年	7年3ヶ月
術後年月日		___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日
実施日	H___年___月___日	___年___月___日	___年___月___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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排尿困難なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情報提供	診療情報提供書	（有・無）	（有・無）	（有・無）	（有・無）	（有・無）	（有・無）
	検査結果説明	（未・済）	（未・済）	（未・済）	（未・済）	（未・済）	（未・済）
検査 コメント記入欄	1. PSA（タンデム）	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml
	2. 尿検査	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
	3. 腹部US	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	4. 腹部CT	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
	5.（その他 ）	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
観察項目	尿失禁	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）
	排尿困難	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）
	食欲不振	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）
	痛み	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）
	下肢のむくみ	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）
	しびれがある	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）
	来院時体重(kg)						
その他()	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	（－・＋）	
注意事項							