

前立腺がん西濃地域連携パス(前立腺全摘後)N0.7 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	
経過(術後)	手術術式:	9年	9年3ヶ月	9年6ヶ月	9年9ヶ月	10年	
術後年月日		__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	
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"/>	
	排尿困難なし	<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)	
	検査結果説明	(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	
	2. 尿検査	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"/>	
	4. 腹部CT	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"/>	
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							