

「前立腺がんPSA」 西濃地域連携パス No.1 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.)

1次検査	2次検査																			
検診もしくはかかりつけ医 (西暦 年 月 日)	大垣市民病院泌尿器科 (西暦 年 月 日)																			
<p>あなたのPSA(前立腺特異抗原)値は</p> <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 60px; margin: 10px auto; text-align: center;"> ng/ml </div> <p style="text-align: center; margin: 20px 0;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 300px;"> PSA が 4.0ng/ml 以上の場合は前立腺がんの可能性があるので、精密検査(前立腺生検)を検討する必要があります。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 300px;"> PSA に影響を与える薬剤の内服 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 薬剤名() </div>	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> 外来検査 </div> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/>PSA 再検 ()ng/ml <input type="checkbox"/>超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/>直腸診(DRE) <input type="checkbox"/>CT <input type="checkbox"/>MRI <input type="checkbox"/>その他() </td> <td style="width:50%;"> <input type="checkbox"/>異常あり <input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>異常あり <input type="checkbox"/>異常なし 所見() 所見() </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;"> 前立腺癌疑い </td> <td> <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</p> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> 前立腺生検 </div> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/>あり </td> <td style="width:50%;"> 西暦 年 月 日 </td> <td style="width:50%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/>なし </td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-right: 1px solid black;"> 生検方法 </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/>経直腸式 <input type="checkbox"/>経会陰式 ()箇所 </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; border-right: 1px solid black;">結果</td> <td style="width:45%; border-right: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/>がん有り グリソンスコア()+() </td> <td style="width:40%;"> <input type="checkbox"/>がん無し </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; border-right: 1px solid black;">病期</td> <td style="width:85%;"> T()N()M() </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; border-right: 1px solid black;">治療方法</td> <td style="width:85%;"> <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>手術(術式:) <input type="checkbox"/>放射線(IMRT・外照射・小線源治療・その他) <input type="checkbox"/>内分泌治療(内容:) <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PSA 再検 ()ng/ml <input type="checkbox"/> 超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/> 直腸診(DRE) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし 所見() 所見()	前立腺癌疑い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> なし		生検方法		<input type="checkbox"/> 経直腸式 <input type="checkbox"/> 経会陰式 ()箇所		結果	<input type="checkbox"/> がん有り グリソンスコア()+()	<input type="checkbox"/> がん無し	病期	T()N()M()	治療方法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 手術(術式:) <input type="checkbox"/> 放射線(IMRT・外照射・小線源治療・その他) <input type="checkbox"/> 内分泌治療(内容:) <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> PSA 再検 ()ng/ml <input type="checkbox"/> 超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/> 直腸診(DRE) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし 所見() 所見()																			
前立腺癌疑い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																			
<input type="checkbox"/> あり	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> なし																		
生検方法		<input type="checkbox"/> 経直腸式 <input type="checkbox"/> 経会陰式 ()箇所																		
結果	<input type="checkbox"/> がん有り グリソンスコア()+()	<input type="checkbox"/> がん無し																		
病期	T()N()M()																			
治療方法	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 手術(術式:) <input type="checkbox"/> 放射線(IMRT・外照射・小線源治療・その他) <input type="checkbox"/> 内分泌治療(内容:) <input type="checkbox"/> その他()																			