

前立腺がん西濃地域連携パス(内分泌治療)No. 3 登録番号()

LHRH アナログ単独 抗アンドロゲン剤単独 併用療法 精巣摘除

患者氏名 様 患者ID (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		病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
経過	診断日__年__月__日 ____年__月__日	3年 ____年__月__日	3年3ヶ月 ____年__月__日	3年6ヶ月 ____年__月__日	3年9ヶ月 ____年__月__日	4年 ____年__月__日	4年3ヶ月 ____年__月__日
治療開始後年月日							
実施日		____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
達成目標	PSA 再発がない 薬剤による副作用がない	<input type="checkbox"/>					
情報提供	診療情報提供書 検査結果説明	(有・無) (未・済)	(有・無) (未・済)	(有・無) (未・済)	(有・無) (未・済)	(有・無) (未・済)	(有・無) (未・済)
検査コメント 記入欄	1. PSA(タンデム) 2. AST(GOT),ALT(GPT) 3. 尿検査 4. 腹部US 5. 腹部CT 6. (その他)	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml 2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml 2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml 2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml 2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml 2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml 2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>
観察項目	食欲不振 痛み 下肢のむくみ しづれ 来院時体重(kg) その他()	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)
治療薬	(注射:LHRH アナログ) リューブリン(1,3カ月製剤) ゾラデックス(1,3カ月製剤) ゴナックス(mg) (内服薬:抗アンドロゲン剤) ビカルタミド フルタミド クロルマジノン酢酸エステル その他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
注意事項							