

東部泌尿器科連携パス -PSA高値-

初回

二回目以降 前回生検日 20 年 月 日

患者様氏名 _____ 様

Path Code PSA- _____

かかりつけ医	
診療所名	
主治医	
初診日	年 月 日
主病名・主症状	
検査結果	
PSA値	
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
結核の既往	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
抗凝固薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
コメント欄	



泌尿器科専門医	
済生会横浜市東部病院 泌尿器科	
主治医	<input type="checkbox"/> 新規紹介 <input type="checkbox"/> 同左
受診日	20 年 月 日
	診療所名
	主治医 _____ 先生
検査結果	
PSA再検値	今後の方針
20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生検で癌が見つからなかった場合【裏面にてフォローをお願いします】
ng/ml	1. ____カ月間隔でPSA検査を定期的に行ってください
<input type="checkbox"/> 生検保留	2. PSAが ____ng/ml まで上昇した場合はご紹介ください
<input type="checkbox"/> 前立腺針生検	3. かかりつけ医の判断で必要な場合はご紹介ください
20 年 月 日	* 自覚症状が出た場合や副作用などで治療の変更の希望があった場合など
<input type="checkbox"/> 癌なし	<input type="checkbox"/> 生検保留の場合【裏面にてフォローをお願いします】
<input type="checkbox"/> 癌あり	<input type="checkbox"/> ____カ月間隔でPSA検査を定期的に行ってください
経直腸エコー	1. PSAが ____ng/ml まで上昇した場合はご紹介ください
前立腺体積	2. かかりつけ医の判断で必要な場合はご紹介ください
cc	* 自覚症状が出た場合や副作用などで治療の変更の希望があった場合など
TZ領域体積	<input type="checkbox"/> 年齢を考慮するとPSA検査の必要はありません
cc	
F/T 比	
%	
コメント欄	

東部泌尿器科連携パス -PSA経過観察- No.2

濟生会横浜市東部病院受診基準

1. PSAが ng/ml まで上昇した場合
2. 患者様の自覚症状があった場合
3. 副作用などで治療の変更の希望があった場合

PSA測定に関する注意事項;PSA検査は3カ月に1回に限り、年3回を上限として算定できる(がんがない場合の診療報酬)

連携医療機関名:

主治医:

PSA測定の間隔は()ヶ月毎にお願いします

	受診日	PSA値 (ng/ml)	自覚症状	その他
1回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
2回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
3回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
4回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
5回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
6回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
7回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
8回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
9回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
10回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
11回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
12回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
13回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
14回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
15回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

コメント欄

エンボス 東部病院

東部泌尿器科連携パス -PSA高値-

初回

二回目以降 前回生検日 20 年 月 日

患者様氏名 _____ 様

Path Code PSA- _____

東部病院で記入し紹介元へもどす

かかりつけ医記入欄:東部へ紹介時

診療所名
主治医
初診日 年 月 日
主病名・主症状
検査結果
PSA値
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
20 年 月 日 ng/ml
結核の既往 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
抗凝固薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
コメント欄

泌尿器科専門医

済生会横浜市東部病院 泌尿器科	
主治医	<input type="checkbox"/> 新規紹介 <input type="checkbox"/> 同左
受診日 20 年 月 日	診療所名
	主治医 _____ 先生
検査結果	今後の方針
PSA再検値	<input type="checkbox"/> 生検で癌が見つからなかった場合【裏面にてフォローをお願いします】
20 年 月 日 ng/ml	1. _____カ月間隔でPSA検査を定期的に行ってください
<input type="checkbox"/> 生検保留	2. PSAが _____ng/ml まで上昇した場合はご紹介ください
<input type="checkbox"/> 前立腺針生検	3. かかりつけ医の判断で必要な場合はご紹介ください
20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 癌なし	* 自覚症状が出た場合や副作用などで治療の変更の希望があった場合など
<input type="checkbox"/> 癌あり	<input type="checkbox"/> 生検保留の場合【裏面にてフォローをお願いします】
経直腸エコー	<input type="checkbox"/> _____カ月間隔でPSA検査を定期的に行ってください
前立腺体積 cc	1. PSAが _____ng/ml まで上昇した場合はご紹介ください
TZ領域体積 cc	2. かかりつけ医の判断で必要な場合はご紹介ください
F/T 比 %	* 自覚症状が出た場合や副作用などで治療の変更の希望があった場合など
コメント欄	<input type="checkbox"/> 年齢を考慮するとPSA検査の必要はありません

東部泌尿器科連携パス -PSA経過観察- No.2

東部病院で記入

No1の東部からの結果報告後に運用開始してください。
赤いライン部分が開業医の先生方の記入欄となります。
尚、同シートは東部病院ホームページから
印刷が可能です。
<http://www.tobu.saiseikai.or.jp/>

- 済生会横浜市東部病院受診基準**
1. PSAが ng/ml まで上昇した場合
 2. 患者様の自覚症状があった場合
 3. 副作用などで治療の変更の希望があった場合

PSA測定に関する注意事項; PSA検査は3カ月に1回に限り、年3回を上限として算定できる(がんがない場合の診療報酬)

連携医療機関名: 主治医:

PSA測定の間隔は()ヶ月毎にお願いします

	受診日	PSA値 (ng/ml)	自覚症状	その他
1回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
2回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
3回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
4回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
5回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
6回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
7回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
8回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
9回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
10回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
11回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
12回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
13回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
14回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
15回目	/		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

開業医の先生方でのフォローアップ記録シートとしてご活用ください。
フォロー中、東部病院受診基準の適応と判断される場合は、下記の
コメント欄にその旨ご記入のうえ、同シートを患者さんにお渡しし
東部病院を受診させてください。

コメント欄