



前立腺癌 ホルモン療法パス

济生会横浜市東部病院 主治医: _____ (電話: _____))
 診療所名: _____ 主治医: _____ (電話: _____))
 保険薬局名: _____ 薬剤師: _____ (電話: _____))

様 _____ Path Code ADT- _____
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 臨床病期 T()N()M()
 グリーソンスコア ()+()計()*(/)ヶ所陽性
 LHRH剤 ゾラデックスLA ゾラデックス リュープリンSR リュープリン ゴナックス
 最終投与日【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】
 AA剤 カゾデックス オダイン プロスタール
 最終処方日【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】
 最新PSA値 ()ng/mL _____ 年 _____ 月 _____ 日

		济生会横浜市東部病院									
		退院	1年後	2年後	3年後	4年後	5年後				
		/	/	/	/	/	/	以後継続			
達成目標											
検査・診断	①採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②状態確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;">診療所</p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、济生会横浜市東部病院に連絡</p> <p><input type="checkbox"/>治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/>患者様用パス説明</p>									
		<p style="text-align: center;">济生会横浜市東部病院受診基準</p> <p>1. PSAが _____ ng/ml まで上昇した場合 2. ホルモン療法を終了した場合 3. 患者様の自覚症状があった場合 4. 副作用などで治療の変更の希望があった場合</p>									
治療	ホルモン療法	1カ月毎 or 3ヶ月毎									
検査	腫瘍マーカー(PSA)	3ヶ月毎									

異常発現時の連絡 ()曜日 → 担当医外来
 それ以外 → 総合診療外科

パス逸脱日
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日