

佐賀県前立腺がん地域連携パス
放射線治療後経過観察用 《医療機関用》

施設A(計画策定病院) 主治医名	
連絡先	
施設B(連携医療機関) 主治医名	
連絡先	
施設C(治療機関) 主治医名	
連絡先	

氏名 (ID)	様	ID(施設A):	生年 月日	(T S H)	年	月	日生	特記 事項
		ID(施設B):						
		ID(施設C):						

治療 関連 情報	放射線治療期間	年	月	日	～	年	月	日	パス 関連 情報	対象患者	☐ 前立腺がん(T1～T3 N0 M0) ☐ 放射線治療後		
	線量	計	Gy	(照射方法:)						アウトカム	☐ PSA 2.0ng/ml未満		
	生検結果	生検本数:	陽性本数:	グリソンスコア:	+	=				パス開始日	年	月	日
	臨床病期	cT	N	M						パスの説明と同意 取得日	年	月	日
	治療開始前PSA値		ng/ml	(検査日)	年	月	日			バリエーション	PSAが2.0ng/ml以上に上昇		
	パス開始直近PSA値		ng/ml	(検査日)	年	月	日			がん治療連携策 定料算定	☐ 有	☐ 無 (理由	
	内分泌療法併用の有無	有	無	(使用薬剤:									
	内分泌療法の期間	年	月	日	～	年	月	日					

放射線治療終了後		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年	1年	1年	1年	2年	2年	2年	3年	3年	3年	4年	4年	4年	5年	5年	以後も1年毎に受診	
受診回数		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目	11回目	12回目	13回目	14回目	15回目	16回目	17回目	18回目	19回目		
施設A	定期受診					●					●			●			●			●		
施設B	検査	採血(PSA等)	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○		○	○		○	○		
		尿検査	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○		○	○		○	○		
	臨床 症状	全身状態	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○		○	○		○	○		
		新たな症状の出現	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○		○	○		○	○		
備考	○連携医療機関(施設B)で行う ●計画策定病院(施設A)の定期受診は、状態が安定していれば必須ではない																					