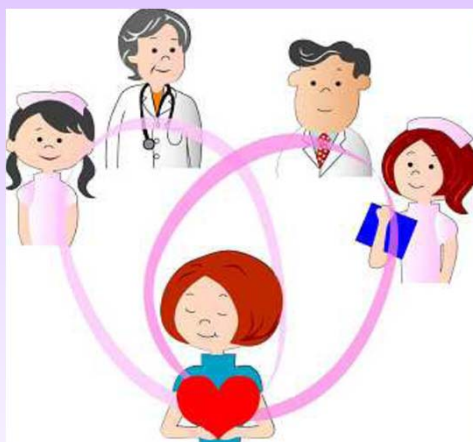


患者さんを支える

地域連携クリティカルパスの概要 旭川医科大学病院

病院に通院する患者さんも
近くのかかりつけ医を持つことをお奨めしています



「地域連携」とは、患者さんを中心に地域の医療機関と情報交換を行い、より良い医療と安全を提供する仕組みです。

『地域連携クリティカルパス（地域連携診療計画書）』は、関係する医療機関が一緒に作った“診療計画書”のことです。

「クリティカルパス（診療計画書）」とは

私たちの病院では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指し、様々な分野で「クリティカルパス（診療計画書）」を活用しています。

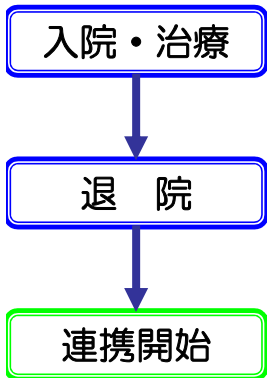
「クリティカルパス（診療計画書）」では、

- その病気の経過を予測して、ベストの診療の計画を立て、
- 患者さんに納得していただいた上で
- 医師・看護師・薬剤師等が協力して診療にあたります。
- 診療の方針について、患者さんと医療者が共同で利用できる形に表わしたものが「クリティカルパス（診療計画書）」です。

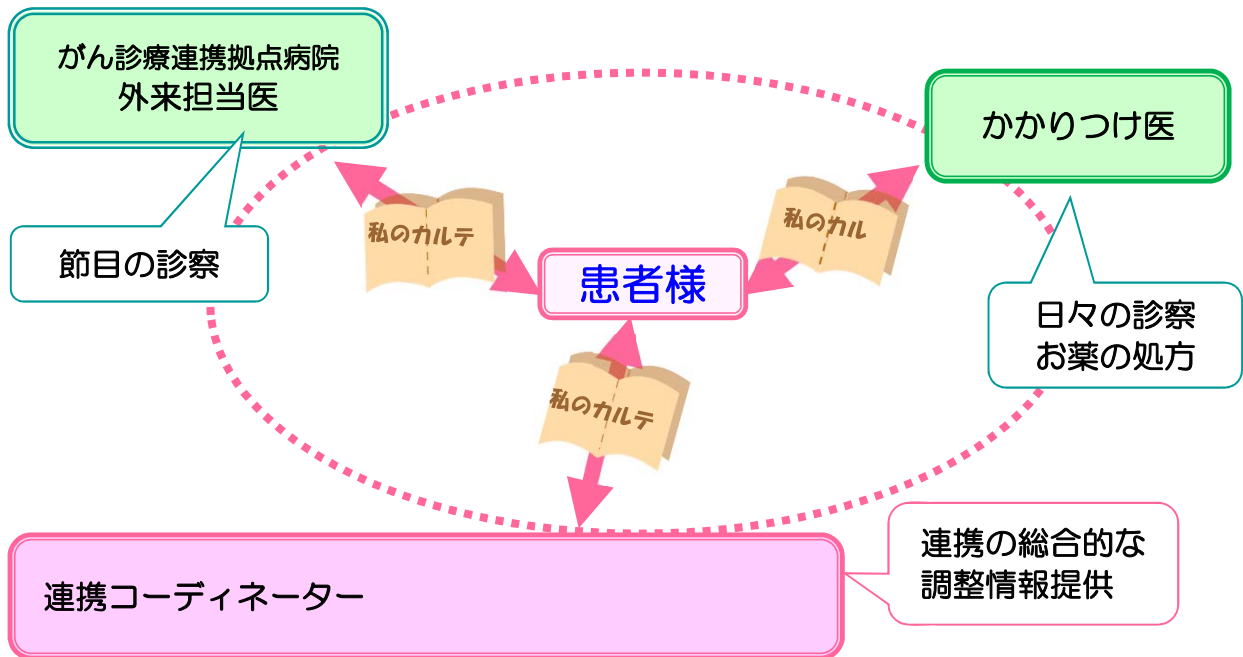
「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）とは

- 北海道の20の「がん診療連携拠点病院」で組織する「北海道がん診療連携協議会」では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）を作成し、地域の医療連携に活用していただいています。
- 「連携パス」とは、手術などの初期治療を行ったがん診療連携拠点病院と、地域の一般医療機関の「かかりつけ医」が同じ診療方針のもとに共同で患者さんの治療に携わるために作成した「共同診療計画書」のことです。
- 私たちはこの「連携パス」を用いて、地域の病院や診療所と、同じ医療方針で安全で質の高い医療を提供したいと考えています。

地域医療連携フローチャート



- **がん診療連携拠点病院（当院）の主治医：**
医療連携について説明
 - ・ 退院前に連携医療機関について説明、相談させていただきます。
 - ・ 当院退院後の外来を予約します。
- **医療連携コーディネーター担当者：**
患者さんの状況を考慮したコーディネートを開始
 - ・ 連携可能な医療機関を患者さんにご紹介します。
 - ・ 決定した連携医療機関との間で今後の共同診療の方法について具体的な調整を行います。



- 治療開始後の落ち着いた時点(およそ退院1～6ヶ月後)から連携パスを稼動します。
- かかりつけ医の先生には診療スケジュールが記載された「共同診療計画表」をお渡しいたします。日々の診察と投薬(処方)をお願いいたします。
- 当院が節目の診察・検査を行います。
- 患者さんには受診の際「私のカルテ」を携帯していただき、3者の情報交換に利用します。
- 病状が変わった時や、副作用が強い時などに備え、夜間休日にも安心できるような連携の体制を作ります。

「私のカルテ」の中身は

1. 「私のカルテ」について
2. 連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 医師・看護師への質問メモ用紙
7. 患者さん用 共同診療計画表
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書など

が綴じられています。

- 「連携パス」の利用により、患者さんの主治医が複数になると考えることができます。
- 患者さんの利便性はもちろんのこと、病院や診療所の混雑解消にも効果が期待でき、結果的に患者さんやご家族へのよりきめ細かな対応が期待できます。
- 私たちはこの「連携パス」が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。関係する医療機関の先生、患者さんやご家族とも相談しながら運用をすすめます。

連携医療機関等からの問い合わせは以下にお願いします。
ご不明な点は連絡ください。

旭川医科大学病院（がん診療連携拠点病院）

（代表電話番号） 0166-65-2111

（がん相談支援センター） 0166-69-3231

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

1年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させていただきます。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

2年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させてください。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

3年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させてください。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

4年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させていただきます。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

5年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させていただきます。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

6年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させてください。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

7年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≧ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させていただきます。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

8年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させてください。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

9年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させてください。

内分泌療法単独パス

※患者様のPSAの許容範囲を記入してください

10年目

		専門施設 (泌尿器科記入)	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後
診察日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標		◇内分泌療法の場合:PSAが ng/ml以上に上昇せずに経過する。継続困難な副作用がない											
症状チェック		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	許容範囲												
臨床検査値	PSA	< ng/ml											
	AST	正常上限の3倍											
	ALT	正常上限の3倍											
	ALP	正常上限の3倍											
治療剤	リュープリン	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	カゾデックス	80mg/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	オダイン	125mg×3回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	プロスタール	50mg×2回/日	<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"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状	ほてり・発汗	日常生活に 支障のない程度											
	排尿困難	日常生活に 支障のない程度											
	注射部位反応	日常生活に 支障のない程度											
	鬱	日常生活に 支障のない程度											
	気力低下 (LOH症候群、 男性更年期)	日常生活に 支障のない程度											
	間質性肺炎	ない											
	乳房痛	日常生活に 支障のない程度											
体重	前回より±2kg												

* PSA: 少なくとも3ヶ月に1回は採血。 病院へ再受診

※次の場合は専門医へ紹介: PSA ≥ (または3回連続の上昇)、強い排尿障害、疼痛、有害事象(軽度を除く)が現れた場合は治療担当病院へ再受診

* 血算・生化学検査: 少なくとも6ヶ月に1回採血。

* 年に1回は泌尿器科を受診させてください。

