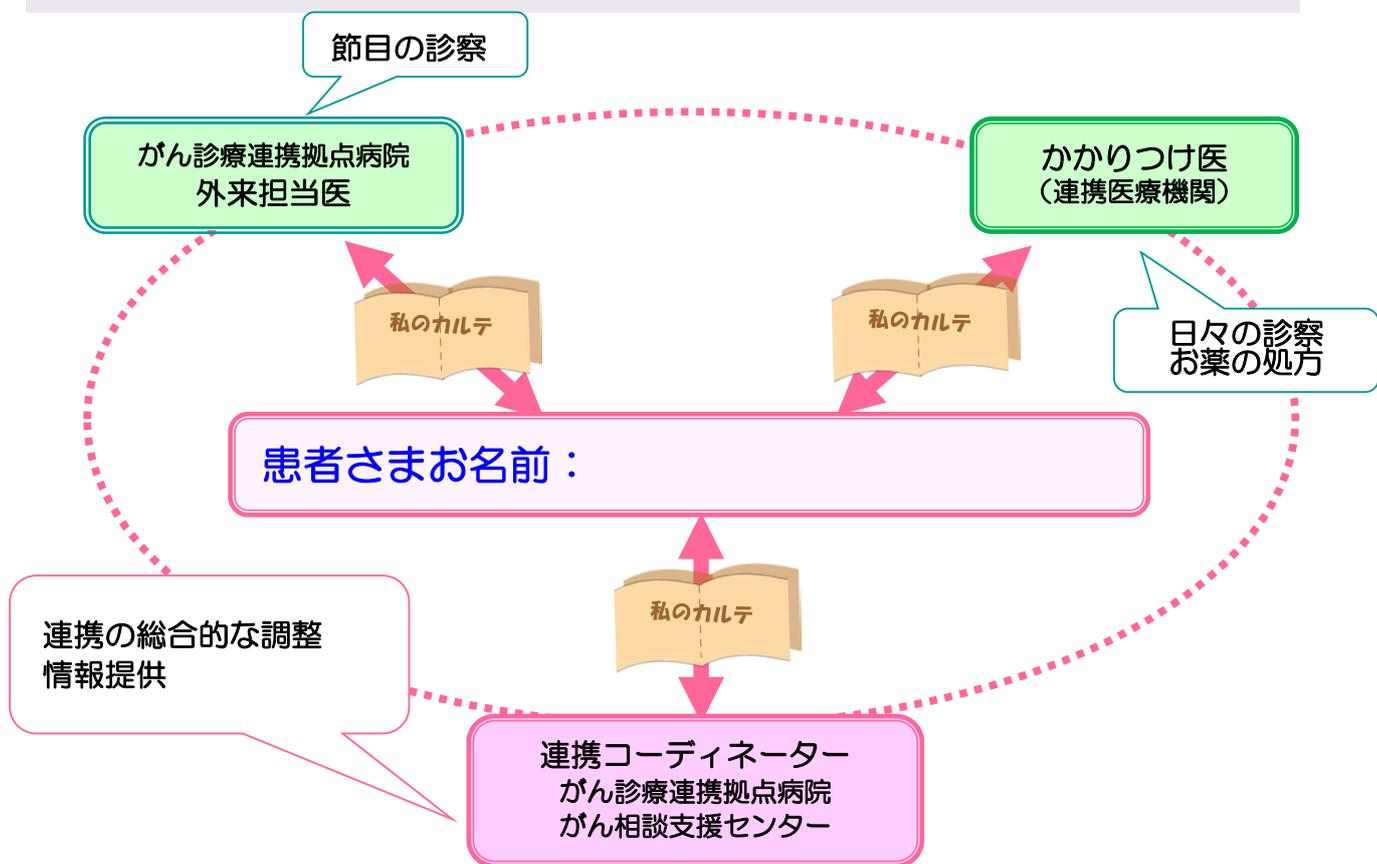


私のカルテ



(内分泌療法単独)

「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、

ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した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. 質問メモ用紙
7. 患者さま用 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。

【連携先医療機関（かかりつけ医）】

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】

病院名：旭川医科大学病院

診療科と担当医師：

住 所：旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

電話番号：（病院代表）0166-65-2111

：（夜間休日）0166-66-9901

：（がん相談支援センター）0166-69-3231

「地域連携クリティカルパスについて」

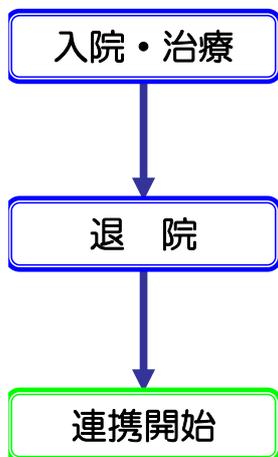
北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。
- 「連携パス」に基づいて主治医が複数になり、協力して診療を行

地域医療連携フローチャート

入院中に今後の医療連携についてご相談します



●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

(共通)

わたしの診療情報 (担当医師が記入します)

患者氏名： _____ 様 性別： 男 性別： 男
生年月日： 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
身長： _____ cm 体重 _____ kg

【生検所見】 前立腺生検実施日 (20 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
癌陽性コア数 : _____ / _____
グリーソンスコア : _____ + _____ = _____
治療前PSA値 : _____ ng/ml (20 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

【治療前病期】
TMN T _____ N _____ M _____
転移部位 _____ /なし
Stage _____

【治療方法】 根治的前立腺全摘術 ・ 内分泌療法 (次頁)

～～前立腺全摘術の場合～～

【手術記録】 手術日 (20 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
術式 : 根治的前立腺全摘術 (RP: radical prostatectomy)
開放手術 (恥骨後式・経会陰式)
腹腔鏡下手術 (LRP・RALP・ミニマム創)
海綿体神経温存 (無・片側・両側)
手術時間 : _____
出血量 : _____ 輸血 : あり・なし
補助療法 : あり (術前/術後) ・なし
内分泌療法 : 次ページ

～摘出標本病理所見～

組織型 : グリーソンスコア _____ + _____ = _____
pT _____ pN _____ pM _____
EPE (0, 1) RM (0, 1) ly (0, 1)
v (0, 1) pn (0, 1) sv (0, 1)
リンパ節転移 無・不明・あり (_____ / _____ 部位)

(共通)

わたしの診療情報 (担当医師が記入します)

～～内分泌療法のみ／術後内分泌療法～～

【内分泌療法】 開始日 (20 年 月 日) ・なし

LH-RH製剤

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

抗アンドロゲン剤

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

エストロゲン剤

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

ステロイド

() : 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

【合併症に対する治療】

尿失禁 なし・あり (治療)

排尿困難 なし・あり (治療)

ED なし・あり (治療)

骨粗鬆症 なし・あり (治療)

【その他 特記事項】

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日

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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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

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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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

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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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

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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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

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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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"/>										
	ゾラデックス	1ヵ月・3ヵ月	<input type="checkbox"/>										
	ゴナックス	初回120mg×2 2回目以降 80mg×1	<input type="checkbox"/>										
	カゾデックス	80mg/日	<input type="checkbox"/>										
	オダイン	125mg×3回/日	<input type="checkbox"/>										
	プロスターール	50mg×2回/日	<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 \geq (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。