

## 前立腺がん放射線治療後地域連携パスについて

- ☆ 基幹病院で放射線治療をされた患者さんに対して、お近くの連携医と基幹病院の双方で連絡を取り合い、術後の定期検診を行っていくために作られた一連の書式（パス）です。
- ☆ これにより、基幹病院への頻繁な通院が不要となり、また不便さや外来での長い待ち時間からも解放されます。また、複数の主治医によるサポートが受けられる長所がうまれます。
- ☆ パスについての詳細な説明は「結（ゆい）日記」をご参照ください。

## 通院の基本

- ☆ 通院の基本は、診察とPSA採血などの通常の通院は連携医で行い、基幹病院へは1年に一度受診し必要に応じて画像診断などの検査を行います。
- ☆ どちらに受診する場合もこのパス冊子を必ず持参してください。
- ☆ PSA値が2.0ng/ml未満の時は術後再発なしと判断されます。
- ☆ PSA値が2.0ng/ml以上が続くときは、再発と判断されパスは中止となり、基幹病院で治療を開始することになります。

# あなたのデータ

患者ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ ( )

☆放射線治療期間

~

☆放射線治療の種類

- IMRT ( )  
 定位放射線 ( )  
 陽子線・重粒子線  
 小線源 (外照射を含む)

☆照射量 ( ) Gy 1回 ( ) × ( ) 回

☆治療前・治療後ホルモン療法 ( )  
期間 ~

☆治療前PSA値 ( ) ng/ml

☆リスク分類

- 低リスク       中リスク       高リスク

☆TNM分類

- T ( )  
N ( )  
M ( )

☆グリソンスコア:                      +                      =

☆パス開始時PSA値 ( ) ng/ml

共同診療計画書(前立腺がん<放射線治療後>地域連携パス)

治療後～4年後

基幹病院名: トヨタ記念病院

電話番号: 0565-28-0100 主治医:

連携医療機関名:

電話番号:

医師名:

患者氏名:

(基幹病院ID: )

生年月日:

放射線治療期間: ~

患者さん用

再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は基幹病院へ連絡

項目	診療 	基幹病院	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	基幹病院	
		基幹病院と連携医が連携して、診療していきます							基幹病院
治療～連携パス開始年月				1年後 年月	2年後 年月	3年後 年月	4年後 年月		
目標		①治療後副作用のチェック ②再発の有無の確認と早期発見							
連携 連絡	連携の説明 	■パス説明(セルフチェックの確認)							
	緊急時の連絡	再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は基幹病院へ連絡							
検査	末梢血一般 *3~4ヶ月毎 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	生化学 *3~4ヶ月毎	3~4ヶ月ごとに医師の判断で行います							
	腫瘍マーカー(PSA) *3~4ヶ月毎	■	■	■	■	■	■	■	
	尿検査 *3~6ヶ月毎	3~6ヶ月ごとに医師の判断で行います							
	CTなど 	医師の判断で基幹病院で行います							

医師の判断で必要時  
 必ず実施

共同診療計画書(前立腺がん<放射線治療後>地域連携パス) 治療後5年~10年後

基幹病院名: トヨタ記念病院

電話番号: 0565-28-0100 主治医:

連携医療機関名:

電話番号:

医師名:

患者氏名:

(基幹病院ID: )

生年月日:

放射線治療期間: ~

患者さん用

再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は基幹病院へ連絡

項目	診療 	基幹病院									
		連携医									
		基幹病院と連携医が連携して、診療していきます									
		5年後 年月	6年後 年月	7年後 年月	8年後 年月	9年後 年月	10年後 年月				
目標		①治療後副作用のチェック ②再発の有無の確認と早期発見									
連携 連絡	連携の説明 										
	緊急時の連絡	再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は基幹病院へ連絡									
検査	末梢血一般 *3~4ヶ月 毎	<input type="checkbox"/>									
	生化学  *3~4ヶ月 毎	3~4ヶ月ごとに医師の判断で行います									
	腫瘍マーカー (PSA) *3~4ヶ月 毎	<input checked="" type="checkbox"/>									
	尿検査 *3~6ヶ月 毎	3~6ヶ月ごとに医師の判断で行います									
	CTなど 	医師の判断で基幹病院で行います									

医師の判断で必要時  
 必ず実施

共同診療計画書(前立腺がん<放射線治療後>地域連携パス)

治療後~4年後

基幹病院名: トヨタ記念病院

電話番号: 0565-28-0100 主治医:

連携医療機関名:

電話番号:

医師名:

患者氏名:

(基幹病院ID: )

生年月日:

放射線治療期間: ~

医療者用

再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は基幹病院へ連絡

項目	基幹病院		連携医		基幹病院		基幹病院		基幹病院		基幹病院		
	治療~ 連携パス開始 年月				1年後 年月		2年後 年月		3年後 年月		4年後 年月		
目標	←				①副作用 ②再発の有無・早期発見				→				
連携 連絡	連携の説明		■パス説明(セルフチェックの確認)										
	緊急時の連絡		←				再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は 基幹病院へ連絡				→		
検査	末梢血一般	*3~4ヶ月 毎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	生化学	*3~4ヶ月 毎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	腫瘍マーカー (PSA)	*3~4ヶ月 毎	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	尿検査	*3~6ヶ月 毎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	CTなど		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

医師の判断で必要時  
 必ず実施

共同診療計画書(前立腺がん<放射線治療後>地域連携パス) 治療後5年~10年後

基幹病院名: トヨタ記念病院 電話番号: 0565-28-0100 主治医:

連携医療機関名: 電話番号: 医師名:

患者氏名: (基幹病院ID: )

生年月日:

放射線治療期間: ~

医療者用

再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は基幹病院へ連絡

項目	基幹病院		基幹病院		基幹病院		基幹病院		基幹病院		基幹病院		
	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医		
	5年後 年月	6年後 年月	7年後 年月	8年後 年月	9年後 年月	10年後 年月							
目標	←		①副作用		②再発の有無・早期発見						→		
連携 連絡	連携の説明												
	←		再発疑われる場合(PSA2.0ng/ml以上)は 基幹病院へ連絡						→				
検査	末梢血一般	*3~4ヶ月 毎	<input type="checkbox"/>										
	生化学	*3~4ヶ月 毎	<input type="checkbox"/>										
	腫瘍マーカー (PSA)	*3~4ヶ月 毎	<input checked="" type="checkbox"/>										
	尿検査	*3~6ヶ月 毎	<input type="checkbox"/>										
	CTなど		<input type="checkbox"/>										

医師の判断で必要時  
 必ず実施

# 前立腺がん＜放射線治療後＞地域連携パス データ記入用紙 兼 診療情報提供書

基幹病院名： トヨタ記念病院

主治医：

患者氏名：

連携医療機関名：

生年月日：

医師名：

基幹病院ID：

		3～4ヶ月毎	3～4ヶ月毎	3～4ヶ月毎	3～4ヶ月毎
		連携医での診察			
診察日		年 /	年 /	年 /	年 /
検査	PSA	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml
	血液検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]
	尿検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ ]
	CTなど	/			
	追記事項				
セルフチェック	排尿困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	血尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	血便	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

★ セルフチェック欄は、毎回、診察予定日までに患者さんが記載し、診察時に医師へお見せください ★

備考(連携医): 何かあればご記入ください

メモ(患者さん記入用): 気づいたことや質問したいことなど

## 診療情報提供書(がん地域連携パス経過報告)

年 月 日

トヨタ記念病院 泌尿器科 医師宛	
前立腺がん<放射線治療後>地域連携パスの患者さまについてご報告致します	
患者氏名	患者ID : _____ ( ) _____ 様 ( 生)
内容  <input type="checkbox"/> 症状安定しており治療継続・経過観察中  <input type="checkbox"/> その他	
医療機関名	_____
医師名	_____
TEL	FAX
トヨタ記念病院 地域医療連携室 [受付時間] 月～金 8:30 ~ 19:00 [TEL] 0565-74-3091 [FAX] 0565-29-8828	

※地域連携パスの経過報告は、本紙または貴院様式にて当院へご連絡をお願い致します。