前立腺がん手術療法後　地域連携パス（1～5年目）

基幹病院　：　県立広島病院　　医師名：

連携医療機関：　　医師名：

病名		ID	
病期		患者氏名	
手術日			
退院日			
がん治療連携計画策定料	算定済 ・ なし	生年月日	

＊　PSA値が 0.2（ng/mL）以上になった場合は、ご紹介ください。

受診施設		県立広島病院	県立広島病院	県立広島病院	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医
		退院時	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月
受診日（月/日）		年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血　PSA値（ng/mL）**0.2ng/mL以下**																					
患者自覚症状記入欄	排尿症状	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無

≪患者さまへ≫　おおまかな受診目安です。受診日以外でも必要があれば診察致しますので，かかりつけ医に相談しましょう。

前立腺がん手術療法後　地域連携パス（6～10年目）

基幹病院　：　県立広島病院　　医師名：

連携医療機関：　　医師名：

病名		ID	
病期		患者氏名	
手術日			
退院日			
がん治療連携計画策定料	算定済 ・ なし	生年月日	

＊　PSA値が 0.2(ng/mL)以上になった場合は、ご紹介ください。

受診施設		県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院	連携医	連携医	連携医	県立広島病院
		5年	5年3ヶ月	5年6ヶ月	5年9ヶ月	6年	6年3ヶ月	6年6ヶ月	6年9ヶ月	7年	7年3ヶ月	7年6ヶ月	7年9ヶ月	8年	8年3ヶ月	8年6ヶ月	8年9ヶ月	9年	9年3ヶ月	9年6ヶ月	9年9ヶ月	10年
受診日（月/日）		年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /
医師記入欄	採血　PSA値 (ng/mL) **0.2ng/mL 以下**																					
患者自覚症状記入欄	排尿症状	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無

≪患者さまへ≫　おおまかな受診目安です。受診日以外でも必要があれば診察致しますので，かかりつけ医に相談しましょう。
＊10年目以降は検診や人間ドックを推奨いたします。