

患者氏名: _____ 計画策定病院(A): 兵庫県立がんセンター 担当医師: _____ 連絡先: 078-929-1151
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

前立腺がん治療に関する連携計画書(医療者用) 前立腺全摘除術 放射線療法

受診月日	かかりつけ医 3ヶ月	かかりつけ医 6ヶ月	かかりつけ医 9ヶ月	がんセンター かかりつけ医 1年	かかりつけ医 1年3ヶ月	かかりつけ医 1年6ヶ月	かかりつけ医 1年9ヶ月	がんセンター かかりつけ医 2年	かかりつけ医 2年3ヶ月	かかりつけ医 2年6ヶ月	かかりつけ医 2年9ヶ月	がんセンター かかりつけ医 3年	かかりつけ医 3年3ヶ月	かかりつけ医 3年6ヶ月	かかりつけ医 3年9ヶ月
診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

受診月日	がんセンター かかりつけ医 4年	かかりつけ医 4年3ヶ月	かかりつけ医 4年6ヶ月	かかりつけ医 4年9ヶ月	がんセンター かかりつけ医 5年
診察	●	●	●	●	●
PSA	●	●	●	●	●
採血	○	○	○	○	○
投薬	○	○	○	○	○

- 必ず実施します
- 必要に応じて実施します

5年目以降も原則 3ヵ月毎の検査をかかりつけ医で行います。
 10年目に兵庫県立がんセンターを受診します
 上記の受診日はおおまかな目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察します

前立腺がん治療に関する連携計画書(医療者用) 内分泌療法 (両側精巣摘除 あり なし)

受診月日	かかりつけ医 1~3ヶ月毎	がんセンター かかりつけ医 1年	かかりつけ医 1~3ヶ月毎	がんセンター かかりつけ医 2年	かかりつけ医 1~3ヶ月毎	がんセンター かかりつけ医 3年	かかりつけ医 1~3ヶ月毎	がんセンター かかりつけ医 4年	かかりつけ医 1~3ヶ月毎	がんセンター かかりつけ医 5年
診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PSA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
注射(LHRH)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
抗アンドロゲン剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血一般	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

- 必ず実施します
- 必要に応じて実施します

5年目以降も上記のスケジュールを実施します
 上記の受診日はおおまかな目安です
 定期受診日以外でも必要があれば診察します

【地域連携パス計画策定料】 算定あり 算定なし