

前立腺がん西濃地域連携パス (内分泌治療) No. 1 登録番号 ()



LHRH アナログ単独
 抗アンドロゲン剤単独
 併用療法
 精巣摘除

患者氏名 _____ 様 患者 ID _____ (病院カルテNo. _____ かかりつけ医カルテNo. _____)

大垣市民病院 泌尿器科		かかりつけ医 _____		病院・医院・クリニック			
医師名 _____		先生 _____					
施設	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	
経過	診断日 __年__月__日	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	
治療開始後年月日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	
実施日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	
達成目標	PSA 再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	薬剤による副作用がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
情報提供	診療情報提供書	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
	検査結果説明	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	
検査コメント 記入欄	1. PSA(タンデム)	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	1. <input type="checkbox"/> ()ng/ml	
	2. AST(GOT),ALT(GPT)	2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L	2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L	2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L	2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L	2. <input type="checkbox"/> ()()IU/L	
	3. 尿検査	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	
	4. 腹部 US	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
	5. 腹部 CT	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	
	6. (その他)	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	
観察項目	食欲不振	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	痛み	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	下肢のむくみ	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	しびれ	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	来院時体重(kg)						
その他()	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)		
治療薬	(注射:LHRH アナログ)						
	リュープリン(1,3カ月製剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ゾラデックス(1,3カ月製剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ゴナックス()mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(内服薬:抗アンドロゲン剤)						
	ビカルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	フルタミド	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
クロルマジノン酢酸エステル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
注意事項							