前立腺がん西濃地域連携パス(内分泌治療)No. 2　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	1 年 6 ヶ月	1 年 9 ヶ月	2 年	2 年 3 ヵ月	2 年 6 ヶ月	2 年 9 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	＿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	□	□	□	□	□	□
	薬剤による副作用がない	□	□	□	□	□	□
情報提供	診療情報提供書	（有 ・ 無）	（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）	（未 ・ 済）
検査コメント記入欄	1. PSA(タンデム)	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml	1. □ (　　)ng/ml
	2. AST(GOT),ALT(GPT)	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L	2. □ (　)(　)IU/L
	3. 尿検査	3. □	3. □	3. □	3. □	3. □	3. □
	4. 腹部 US	4. □	4. □	4. □	4. □	4. □	4. □
	5. 腹部 CT	5. □	5. □	5. □	5. □	5. □	5. □
	6.（その他　　）	6. □	6. □	6. □	6. □	6. □	6. □
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 ヵ月製剤)	□	□	□	□	□	□
	ゾラデックス(1,3 ヵ月製剤)	□	□	□	□	□	□
	ゴナックス(＿＿＿mg)	□	□	□	□	□	□
	(内服薬:抗アンドロゲン剤)						
	ビカルタミド	□	□	□	□	□	□
	フルタミド	□	□	□	□	□	□
	クロルマジノン酢酸エステル	□	□	□	□	□	□
	その他	□	□	□	□	□	□
注意事項							