

前立腺がん西濃地域連携パス(内分泌治療) No. 7 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	
経過	診断日 __年__月__日	9年	9年3ヵ月	9年6ヶ月	9年9ヶ月	10年	
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	
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ヵ月製剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ゾラデックス(1,3ヵ月製剤)	<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)						
	ヒカルタミド	<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							