「前立腺がん PSA」　西濃地域連携パス　No.1　登録番号（　　　）

患者氏名　　　　様（病院カルテNo.　　　かかりつけ医カルテNo.　　　）

1次検査

検診もしくはかかりつけ医（西暦　　年　　月　　日）

あなたの PSA（前立腺特異抗原）値は

ng/ml

↓

PSA が 4.0ng/ml 以上の場合は前立腺がんの可能性があるため、精密検査（前立腺生検）を検討する必要があります。

PSA に影響を与える薬剤の内服 ☐無　☐有　薬剤名（　　　）

2次検査

大垣市民病院泌尿器科（西暦　　年　　月　　日）

外来検査		
☐PSA 再検	（　　　）ng/ml	
☐超音波（エコー）検査	☐異常あり	☐異常なし
☐直腸診（DRE）	☐異常あり	☐異常なし
☐CT	所見（　　　）	
☐MRI	所見（　　　）	
☐その他（　　　）		
前立腺癌疑い	☐あり	☐なし

↓

前立腺生検		
☐あり	西暦　　年　　月　　日	☐なし
生検方法	☐経直腸式　☐経会陰式	（　　　）箇所

↓

結果	☐がん有り	☐がん無し
	グリソンスコア（　　　）+（　　　）	

↓

病期	T（　　　）N（　　　）M（　　　）
治療方法	☐経過観察 ☐手術（術式：　　　） ☐放射線（☐IMRT☐外照射☐小線源治療☐その他） ☐内分泌治療（内容：　　　） ☐その他（　　　）