

千葉県共用がん地域医療連携パス〈前立腺がん/放射線療法〉 (診療経過表-1)

患者氏名	(ID)	生年月日(年齢)・性別	M T S	年	月	日	歳	男女
職業		身長・退院時体重		cm			Kg	

計画策定病院	医師氏名
	連絡先
連携医療機関	医師氏名
	連絡先

アレルギー歴	
禁忌薬	

入院時情報	入院日	平成	年	月	日	既往歴		
	発症日	平成	年	月	日			
	併発疾患							
	主病名	前立腺がん						

治療経過	放射線治療期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	
	照射方法										
	臨床病期	T	N	M							
	Stage	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV						
	グリソンスコア										
	治療開始前PSA値	ng/ml					検査日	年	月	日	
	経過										

退院時（パス適用時）情報	退院日	平成	年	月	日	がん治療連携計画 策定料の算定	有 ・ 無		
	パス適用日	平成	年	月	日				
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名)							
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に)							
	病状説明(告知など)	(必要時記載)							
	退院後の経過観察の要点	(必要時記載)							
	今後の治療(処方内容)	(必要時記載)							
	PSA値	ng/ml					検査日	年	月

※ パス適用条件: PSA値 2.0ng/ml未満

千葉県共用がん地域医療連携パス〈前立腺がん/放射線療法〉
(診療経過表-2)

氏名()

経過	治療後 月	治療後 月	治療後 月	治療後 月	治療後 月	治療後 月
(放射線治療開始日: 年 月 日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
患者の受診場所	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関					
医療機関名						

計画策定病院	計画策定病院での 検査・治療・患者指導・次回の予定等						

連携医療機関または計画策定病院	診察・問診	全身症状(PS)	点	点	点	点	点	点	
		排尿の問題	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
		新たな症状の出現	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
		上記症状の内容							
	検査	PSA	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	
		血算	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常						
		生化学	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常						
		他検査()							
		他検査()							
	治療	処方内容							
	添付文書	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り							
	特記事項(経過記録)								
	診療情報の提供	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ()							
	医師サイン								

＜バリエーション＞
・PSA値
2.0ng/ml以上