

診療情報提供書  
(前立腺がん術後地域連携クリニカルパス)

年 月 日

広島大学病院

担当医 先生  
(FAX:082-257-1720 がん治療センター)

連携先病院(病院名および所在地)

医師名: \_\_\_\_\_ (印)

※医師名欄は、署名もしくは記名押印

患者氏名	(広島大学病院ID )	性別	
		生年月日	
住所			
電話番号			

傷病名: 前立腺がん

紹介目的: 共同診療計画に沿った診療

既往歴:

治療法: 前立腺全摘除術 放射線治療(小線源 IMRT) 内分泌療法

手術日または治療開始日: 年 月 日 (術後・開始後 年 か月経過)

診療結果

PSA値	ng/ml		
血液検査異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	排尿障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
尿検査異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	排便時出血	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	ほてり・発汗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )

治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (最終実施日: 年 月 日)
注射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> LH-RHアゴニスト、 <input type="checkbox"/> LH-RHアンタゴニスト )
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 抗アンドロゲン薬 ( 日分) <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
コメント	