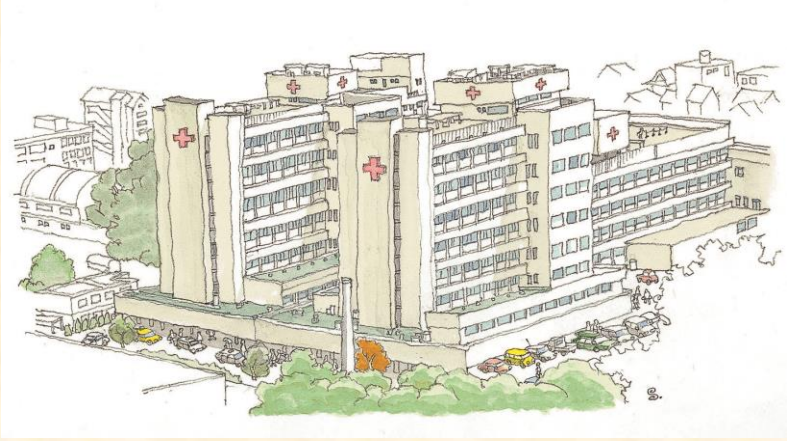
私のカルテ

前立腺がん小線源療法治療後



愛媛県がん診療連携協議会
がん診療連携拠点病院　松山赤十字病院

お名前：

目次

		ページ
1．地域連携について		…1
外来受診について		…2
2．私について	私の情報	…3
	治療結果	…4
3．連携する医療機関の一覧		…5
4．小線源療法　共同診療計画書		…6～7
5．小線源療法　自己チェックシート		…8～38
6．がん相談支援センターのご案内		…39
7．医療者用連絡メモ		…40～41

松山赤十字病院の泌尿器科では“地域医療連携”をすすめています

①地域医療連携とは？

地域医療連携とは、病院と診療所がお互いに連携して医療を提供することです。診療所の医師（かかりつけ医）が患者さんの日常的な健康管理、治療（内服薬の処方など）を担当し、精密検査や治療（手術、放射線治療など）は松山赤十字病院が担当します。

前立腺がんの治療を受けられた後は、
血液（前立腺特異抗原＝ＰＳＡ）検査の値を調べることによって再発を発見できます。ご自宅近くの泌尿器科診療所の先生にかかりつけ医になっていただき、日常的な健康管理とともに、今後の経過観察をお願いしましょう。

②地域医療連携には次のような良い点があります

- ■診療所で診てもらっている人も最先端の医療が受けられます
- ■病院・診療所での待ち時間が短くなります
- ■重複した検査・投薬が避けられます
- ■遠い人は通院の費用も軽減されます
- ■ゆとりのある診察で医師が優しくなります

③松山赤十字病院との関係は?

松山赤十字病院と縁が切れるわけではありません。かかりつけ医に紹介した患者さんは松山赤十字病院でも定期的に経過観察していきますし、必要なときはいつでも対応いたします。CTなどの検査が必要な場合はかかりつけ医から予約（FAX予約）が可能です。（予約は紹介医優先なので早いです）

④急なとき診てもらえないのではないかという不安を抱かれる方へ

緊急の場合の対応に不安を抱いている患者さんもいらっしゃると思います。しかし、かかりつけ医からの連絡には責任をもって対応しています。
かかりつけ医を持たれている方が、実は対応が円滑なのです。

外来受診について

前立腺がんの治療を受けられた後に経過観察が必要な項目は
・尿の状態（尿もれ、尿が出にくい、尿が頻回）
・血液検査（前立腺特異抗原＝ＰＳＡ）　です

■症状について
〇尿が出にくい（排尿困難）
治療後徐々に改善してきますが、**だんだん出にくさが強くなる**
などの場合はかかりつけの先生を受診してください

〇尿が頻回（頻尿）
治療後徐々に改善してきますが、**尿の回数が変わらない、**
尿の回数が増える、などの場合はかかりつけの先生を受診してください

〇そのほかの症状
発熱、血尿、血便があるときはかかりつけの先生を受診してください

〇埋め込んだ線源が落ちている時
お渡ししている線源入れにスプーン等で線源を入れ、松山赤十字病院へご連絡下さい

■血液検査
〇**PSA**数値は、**2.0 ng/mL** 以下であれば、再発の心配はありません

〇受診・検査の目安

PSA検査	治療後1年間 (毎月)	治療2～5年間 (3ヶ月ごと)

検査値が2.0 ng/mL 以下であれば、
半年に一度の松山赤十字病院の受診でかまいません

＊かかりつけの先生の診療時に、血液の検査値や症状など、何か問題がある場合はすぐに連絡しあい、松山赤十字病院で対応するようにしています
＊退院後の外来受診の間隔は、ご不安のないようにかかりつけの先生とよくご相談ください
＊症状・検査値に問題がなければ、松山赤十字病院の次回受診日にお越し下さい
・受診時には「私のカルテ」を必ずお持ち下さい
・気になった時や受診日の前日等に自己チェック項目を記載して、受診時に先生にお渡し下さい

＊治療カードに「治療後１年以内に死亡した場合、剖検により前立腺ごと線源を摘出する必要がある」と記載しております。亡くなられた場合は、松山赤十字病院泌尿器科（電話：089-924-1111 内線：2371）までご連絡下さい

私について　記載日　　年　　月　　日

私の情報

氏名		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日	
住所		
電話		
緊急連絡先電話番号		
血液型　　型	身長　　cm	体重　　kg

アレルギー歴

□あり　□なし

今までにかかった病気

□アレルギー性の病気
（　　）

□心臓の病気
（　　）

□腎臓の病気
（　　）

□肝臓の病気
（　　）

□消化器の病気
（　　）

□その他
（　　）

くすりの副作用情報

くすり	症状	いつ頃

現在のかかりつけ医の施設名・その他

私について　記載日　　年　　月　　日

治療前の結果（病理組織検査）

PSA値　　年　　月　　日　■　■　■　■

■あなたの病気の進み具合（病期）は、

T　　N　　M　　Stage　　.

★　治療結果　★

小線源療法	年　　月　　日
埋め込み線源	本
カードの携帯期限	年　　月　　日 まで携帯する

連携する医療機関の一覧

お名前

さん

（連絡先：　　－　　－　　）

かかりつけ医　（初回受診日　　年　　月　　日　　時)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話　　－　　－　　）

調剤薬局

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話　　－　　－　　）

訪問看護ステーション、居宅介護、支援事業所等

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話　　－　　－　　）

松山赤十字病院　泌尿器科　担当医

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

小線源療法　共同診療計画書　＜患者用＞

治療日：　　年　　月　　日

診察日	拠点病院	かかりつけ医				拠点病院	かかりつけ医	
	退院 1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後
	/	/	/	/	/	/	/	/

項目										
目標	再発の早期発見（PSAが2．0ng/ml以下）									
	尿漏れ・尿の出にくさ・血尿・血便がない									
	痛みがない・線源脱落がない									
連絡	再発時の連絡先確認		PSAが2.0ng/ml以上であれば、松山赤十字病院を受診してください。松山赤十字病院へは、かかりつけの先生が連絡してくれます							
	連携の説明（患者用連携パス利用）		かかりつけの先生、松山赤十字病院での定期受診の時には「私のカルテ」を持参してください							
お薬	○有り（　　）　○無し		○	○	○	○	○	○	○	○
	お薬の飲み方を確認します									
説明	お薬の説明		お薬のことで、わからない事や、知りたいことがあれば、かかりつけの薬局にご相談ください							
	日常生活のアドバイス		日常生活でお困りのことがあれば、かかりつけ医、松山赤十字病院地域医療連携課等にご相談ください							
診察・検査	全身の状態		○	○	○	○	○	○	○	○
	問診	尿の状態（尿もれ・出にくさなど）	○	○	○	○	○	○	○	○
		血尿	○	○	○	○	○	○	○	○
		血便	○	○	○	○	○	○	○	○
		排尿時のいたみ	○	○	○	○	○	○	○	○
	検査等	血液検査	○					○		
		検尿	○					○		
		腫瘍マーカー（PSA）	○	○	○	○	○	○	○	○
		CT	○							

かかりつけ医			拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院
9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後	1年後	3ヶ月毎	2年後	3ヶ月毎	3年後	3ヶ月毎	4年後	3ヶ月毎	5年後
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PSAが2.0ng/ml以上であれば、松山赤十字病院を受診してください。松山赤十字病院へは、かかりつけの先生が連絡してくれます											
かかりつけの先生、松山赤十字病院での定期受診の時には「私のカルテ」を持参してください											
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
お薬のことで、わからない事や、知りたいことがあれば、かかりつけの薬局にご相談ください											
日常生活でお困りのことがあれば、かかりつけ医、松山赤十字病院地域医療連携課等にご相談ください											
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
○	○	○	○ ○ ○ ○ ○	○	○ ○ ○ ○	○	○ ○ ○ ○	○	○ ○ ○ ○	○	○ ○ ○ ○

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

小線源療法後
自己チェックシート

気になる項目をチェックし、
早めに、かかりつけ医に相談しましょう

自己チェック項目			
定期受診の前には、必ず 症状（異常）の有無についてご記入ください。			
	年　月　日	／	／
自己検診	脱落線源	有・無	有・無
	排尿困難	有・無	有・無
	排尿時痛	有・無	有・無
	頻尿	有・無	有・無
	血尿	有・無	有・無
	血便	有・無	有・無
	水分摂取量	約　ml	約　ml

医師から患者さんへ

月　日 PSA　ng/ml		月　日 PSA　ng/ml	
体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。	体調管理について	□ 良好　このままの調子を保ってください。
	□（　）した方がよい		□（　）した方がよい
その他		その他	

患者さんから医療者へ　連絡メモ

年月日	気になることがあれば自由にご記載ください

自分が大切にしたいことを考える

あなたが生活の中で大切にしたいことと、そのための工夫について、書き出してみましょう。

自分が続けたいこと、新たに取り組みたいこと

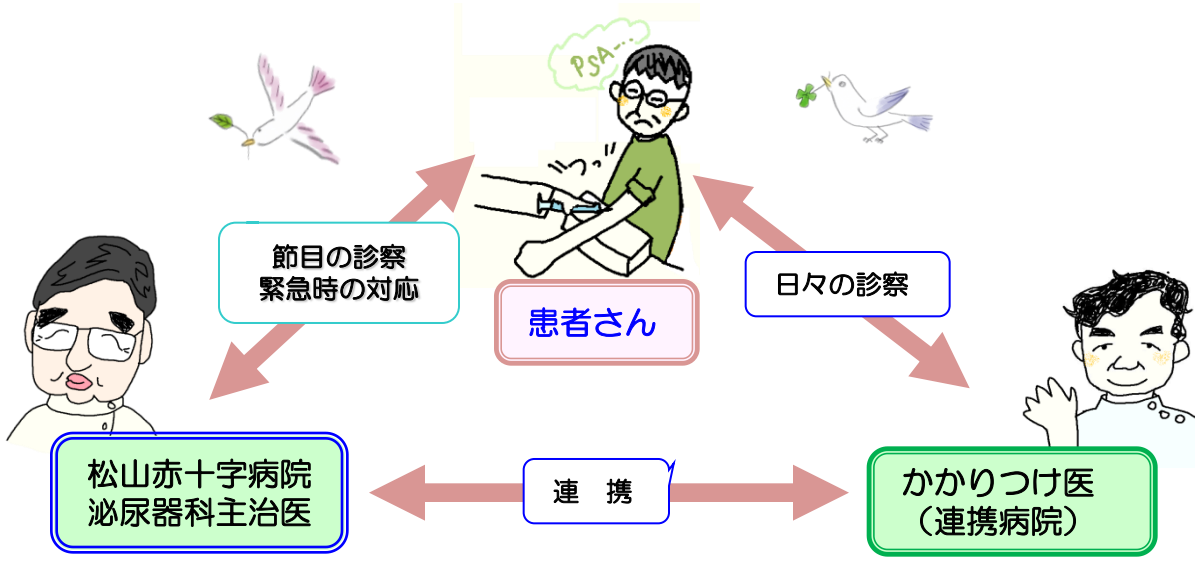
気がかりなこと、心配なこと

あなたができる工夫、周りの人にしてもらう工夫

松山赤十字病院
がん相談支援センターのご案内

　がん相談支援センターは、地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して療養していただくため、地域医療機関（かかりつけ医）と松山赤十字病院とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

また、患者さんが、病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるよう、がん相談支援センターではさまざまな相談をお受けしていますので、お気軽にご利用ください。



ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医にご相談ください。
なお、かかりつけ医に連絡がつかない場合は、
以下の連絡先にご連絡ください。

●がん診療連携拠点病院：**松山赤十字病院**
●窓口名：がん相談支援センター
●平 日　8:30 ～ 17:10
　がん相談支援センター
　（直　通）089－926－9516
●平日時間外及び土、日、祝祭日（緊急時）
　日直／夜間当直（※看護師）
　（代　表）089－924－1111

がん治療連携計画策定料、指導料
算定　□ なし　□ あり

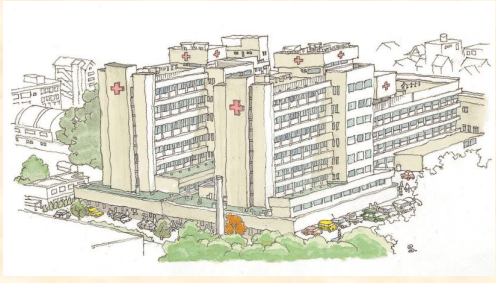
医療者用　連絡メモ

年月日	連絡事項等あればご記載ください	サイン

医療者用　連絡メモ

年月日	連絡事項等あればご記載ください	サイン

私のカルテ　　前立腺がん小線源療法治療後



がん診療連携拠点病院
松山赤十字病院

2011.12.20　作成
2015.12.01　改訂