

医療機関名	患者氏名	患者住所	生年月日
(紹介元) ----- (紹介先)	(フリガナ) 性別(男・女) (漢字氏名)	TEL() -	(明・大・昭・平) 年 月 日(歳)

既往歴及び家族歴

かかりつけ医	がん拠点病院等
年 月 日	年 月 日
所在地	所在地 〒790-8524 松山市文京町1番地
施設名称	施設名称 松山赤十字病院
電話番号	電話番号 089-924-1111
医師氏名 印	医師氏名 印

傷病名 前立腺がん(疑い) 紹介目的 PSA2次検診(精査) 症状経過/検査結果/治療結果 年 月 日 PSA値は _____ ng/ml 排尿症状(<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り) 現在の処方 抗血小板薬/抗凝固剤処方 1. 有 2. 無 ↓ (薬剤名)	精密検査 <input type="checkbox"/> 生検 年 月 日/生検本数(本) 異型腺管 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 経直腸的前立腺超音波検査 所見 <input type="checkbox"/> 直腸診 所見 <input type="checkbox"/> PSAD _____ ng/ml/cc <input type="checkbox"/> PSA再検 _____ ng/ml <input type="checkbox"/> F/T比 _____ %	傷病名 1.前立腺がん(疑い) 紹介目的 1.PSAフォロー(PSAフォロー-連携パス適用) 症状経過/検査結果/治療結果 《精密検査結果》 <input type="checkbox"/> 癌あり 治療方針: <input type="checkbox"/> 生検保留 } ()ヶ月毎にPSAフォロー <input type="checkbox"/> 生検では癌なし 現在の処方 ----- 特記事項: -----
--	--	---

コメント	コメント	コメント (※下記②③については診療情報提供料算定可、①の場合は算定できません。)
添付資料(有・無) X-P・ECG・内視鏡フィルム・検査データ・ エコー・退院時要約・その他()	添付資料(有・無) X-P・ECG・内視鏡フィルム・検査データ・ エコー・退院時要約・その他()	<input type="checkbox"/> ①当院にて治療いたします。 <input type="checkbox"/> ②貴院にて治療をお願いします。 <input type="checkbox"/> ③2~3回連続して上昇、または、PSA値が_____ng/ml以上になりましたら再紹介のほどよろしくお願いたします。

備考) ※この様式は診療情報提供書を兼ねるものとする。

※保険者番号等がわかるコピー等を添付すること。

※必要がある場合は続紙(別紙)に記載して添付すること。

※必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。

前立腺がん2次(精密)検査を受けられる患者さんへ(患者用パス)

患者氏名 _____

かかりつけ医	松山赤十字病院(がん拠点病院等)	かかりつけ医																				
検査結果	2次(精密)検査	経過観察																				
<p>□PSA値 ng/ml</p> <p>測定日 年 月 日</p> <div data-bbox="152 517 674 911" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">PSA値とがんの確率 (前立腺研究財団)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <caption>PSA値とがんの確率</caption> <thead> <tr> <th>PSA (ng/mL)</th> <th>がんの確率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2</td><td>6%</td></tr> <tr><td>4</td><td>20%</td></tr> <tr><td>6</td><td>28%</td></tr> <tr><td>10</td><td>35%</td></tr> <tr><td>15</td><td>42%</td></tr> <tr><td>20</td><td>53%</td></tr> <tr><td>30</td><td>75%</td></tr> <tr><td>40</td><td>86%</td></tr> <tr><td>50</td><td>97%</td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; text-align: right;">NHKラジオの健康7月号No.184(2003年) 財団法人 前立腺研究財団出版</p> </div>	PSA (ng/mL)	がんの確率 (%)	2	6%	4	20%	6	28%	10	35%	15	42%	20	53%	30	75%	40	86%	50	97%	<p>2次検査では</p> <p>□PSAの再検査 □直腸診 □エコー検査 □前立腺生検等をおこないます。</p> <p>前立腺生検実施の際は、2泊3日の入院が必要です。 なお、症例によっては外来で行うこともあります。</p> <div data-bbox="902 679 1429 1046" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">経直腸的超音波ガイド下前立腺生</p> <p style="font-size: small;">主に経直腸的に針によって微量な組織片を採取し、 組織学的に良性または悪性を 判定します。</p> </div>	<p>□経過観察の場合</p> <p>2次検査の結果、癌が発見されなかった場合でも、 癌の可能性が完全に否定されたわけではありません。 数年間は、経過観察を実施し、検査にてPSA値を観察 していきます。</p> <p>今後は、3~6ヶ月毎に1度、PSA値は測定し、検査値 の上昇や症状があらわれた場合は、再度、<u>松山赤十字 病院</u>にて診察(精密検査)いたします。</p>
PSA (ng/mL)	がんの確率 (%)																					
2	6%																					
4	20%																					
6	28%																					
10	35%																					
15	42%																					
20	53%																					
30	75%																					
40	86%																					
50	97%																					
<p>上記のグラフのようにPSA値が上昇するにつれ、 前立腺がんの可能性が高くなります。 通常PSA値が4.1以上で精密検査が勧められ ます。 <u>松山赤十字病院</u> 泌尿器科へご紹介いたします。</p>	<p>□癌ありの場合</p> <p><u>松山赤十字病院</u>で治療方針の提示・説明をさせてい だき、主治医(担当医)がご相談のうえ、治療法を決定 いたします。 また、治療終了後(半年~2年後)の経過観察は、紹介元 の医院で行います。</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>かかりつけ医の先生と松山赤十字病院の専門医の</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">かかりつけ医</div> <div style="font-size: 2em; color: red;">↔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">松山赤十字病院</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;">   </div>																				

前立腺生検結果(病理組織検査)

最初にPSA高値と診断された時期	年	月	日
その時のPSAの値	ng/ml		
触診:硬結	(無し・有り)		
前立腺エコー:予想体積(重量)	cc		

検査日	検査結果	備考
年 月 日	生検本数 【 本】 異型腺管 (無し・有り) 【 本】	
年 月 日	生検本数 【 本】 異型腺管 (無し・有り) 【 本】	
年 月 日	生検本数 【 本】 異型腺管 (無し・有り) 【 本】	
年 月 日	生検本数 【 本】 異型腺管 (無し・有り) 【 本】	
年 月 日	生検本数 【 本】 異型腺管 (無し・有り) 【 本】	

PSA(前立腺特異抗原)の経過

検査日	検査値	備考
年 月 日	ng/ml	
年 月 日	ng/ml	