佐賀県前立腺がん地域連携パス
放射線治療後経過観察用《患者用》

*PSA測定の間隔は担当の先生と相談し、定期的にみていきます

*受診時は、必ず地域連携パスファイルをお持ちください

氏名	<<ORIBP_KANJI>>様	生年月日	<<ORIBP_BIRTHDAY_W>>
パス開始日時	年　月　日	照射線量 ： 計　Gy 照射時期 ： 年　月 ～ 年　月	

≪受診の目安≫
PSAが2.0ng/ml以上になった場合は、紹介元の専門病院泌尿器科を受診してください。

受診回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目	11回目
受診日時	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
目標	◇PSAが2.0ng/ml以上にならない										
PSA値											
消化器症状の有無（直腸出血など）	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
排尿症状の有無（排尿困難など）	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
特記事項											
医師サイン											

佐賀県前立腺がん地域連携パス
放射線治療後経過観察用 《患者用》

*PSA測定の間隔は担当の先生と相談し、定期的にみていきます

*受診時は、必ず地域連携パスファイルをお持ちください

氏名	<<ORIBP_KANJI>>様	生年月日	<<ORIBP_BIRTHDAY_W>>	≪受診の目安≫ PSAが2.0ng/ml以上になった場合は、紹介元の専門病院泌尿器科を受診してください。
パス開始日時	年　月　日	照射線量 ： 計　Gy 照射時期 ： 年　月 ～ 年　月		

受診回数	12回目	13回目	14回目	15回目	16回目	17回目	18回目	19回目	20回目	21回目	22回目
受診日時	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
目標	◇PSAが2.0ng/ml以上にならない										
PSA値											
消化器症状の有無（直腸出血など）	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
排尿症状の有無（排尿困難など）	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
特記事項											
医師サイン											

佐賀県前立腺がん地域連携パス
放射線治療後経過観察用《患者用》

*PSA測定の間隔は担当の先生と相談し、定期的にみていきます

*受診時は、必ず地域連携パスファイルをお持ちください

氏名	<<ORIBP_KANJI>>様	生年月日	<<ORIBP_BIRTHDAY_W>>
パス開始日時	年　月　日	照射線量 ： 計　Gy 照射時期 ： 年　月 ～　年　月	

≪受診の目安≫
PSAが2.0ng/ml以上になった場合は、紹介元の専門病院泌尿器科を受診してください。

受診回数	23回目	24回目	25回目	26回目	27回目	28回目	29回目	30回目	31回目	32回目	33回目
受診日時	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
目標	◇PSAが2.0ng/ml以上にならない										
PSA値											
消化器症状の有無（直腸出血など）	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
排尿症状の有無（排尿困難など）	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
特記事項											
医師サイン											