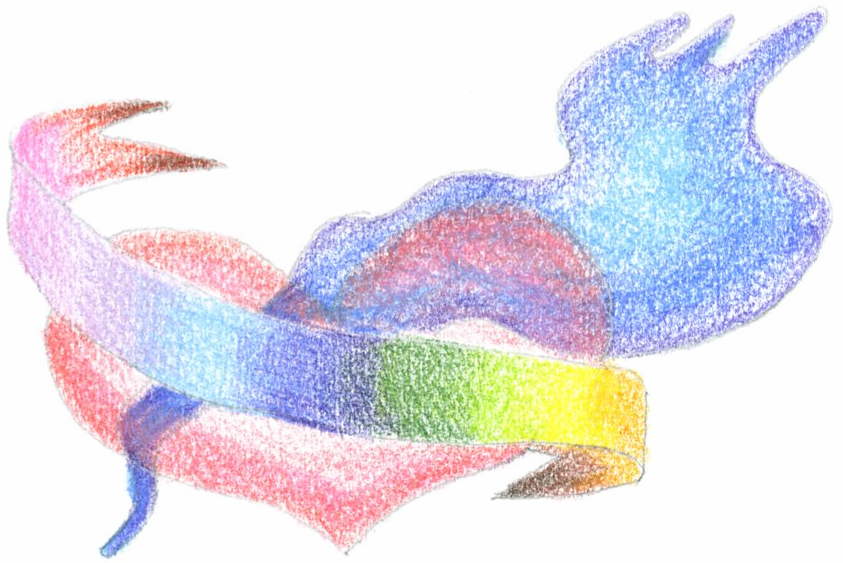
私のカルテ



No：01

**私のカルテ（前立腺がん術後）**

目次

　○はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

○私のカルテの使い方について・・・・・・・・・・・ 2

○滋賀県前立腺がん地域連携パスに関する説明・・・・ 3

○患者プロファイル・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

* 私の目標、連絡先メモ《患者記入》
* 手術記録等《手術担当病院医師記入》

○診察・検査予定表・・・・・・・・・・・・・・・・ 7

　○連絡ノート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17

　○ＱＡ＆要望シート・・・・・・・・・・・・・・・・29

　○患者さんへ（術後の注意点について） ・・・・・・・30

○医療機関の皆様へ・・・・・・・・・・・・・・・・31

はじめに

『私のカルテ』とは、あなたとあなたの住む地域のかかりつけ医とがん治療を行った病院の医師が、あなたの治療経過を共有するためのものです。この診療計画書を活用して、治療を続けます。

　状態が安定しているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は病院で行いますので、日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。かかりつけ医と病院が、連携パスを通じてあなたの病状に関する連絡を取り合います。病院を受診していなくても、『私のカルテ』を見ることにより病院担当医もあなたの体の状態や検査結果を把握していますのでご安心ください。また、緊急を要する場合で、休日や夜間など、かかりつけ医を受診できない場合には、病院救急医療室までご連絡ください。この「連携パス」を活用することによって、病院と地域のかかりつけ医が協力し、患者さんの視点に立った、安心で質の高い医療を提供する体制が整います。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といった長所にもつながります。

私のカルテの使い方について

１）手術担当病院の先生は、患者さんにお渡しする前に５ページの記載をお願いします。病院等で使用している様式があれば貼り付けて使用していただいても結構です。

２）患者さんは、４ページの記載をお願いします。（患者さんが書くのが難しい場合、御家族の方などが記入してください。）

３）患者さんは、医療機関を受診される際は、この「私のカルテ」の持参をお願いします。

４）かかりつけ医の先生は、診察・検査予定表（７～16ページ）に沿って診療をお願いします。実施した検査項目にチェックの上、必要な場合はコメント欄に臨床所見などを記入して下さい。

a)簡単な記載で結構です（問題あり・なし程度）

b)問題があり、書ききれない場合や、かかりつけ医／手術担当病院に伝達が必要な場合は、診療情報提供書の発行をお願いします。

　　５）気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録として連絡ノート（17～28ページ）を使用してください。患者さん、かかりつけ医、病院担当医、薬剤師、看護師、ソーシャルワーカー等が記入してください。

滋賀県前立腺がん地域連携パスに関する説明

地域連携パス

　　　　　　　　　　とは、

病気の疑いがあるときにかかりつけ医から検査・治療施行病院へ紹介してもらい、検査・治療施行病院での治療後、かかりつけ医で経過をみてもらう時など、特定の疾患について、紹介の流れをスムーズにするために運用されているシステムです。厚生労働省は、いろいろな観点からこのような診療方式を推奨しています。

前立腺がん

　　　　　　　　　には、

診断の補助や治療効果などの病態を把握するうえで有効な、PSA（採血）という精度の高い腫瘍マーカーがあります。PSA値が高いときに、がんの有無を調べる精密検査を検査・治療施行病院で行ったり、前立腺がんの治療を検査・治療施行病院で受けたあと、かかりつけ医にて再発の監視をするときにＰＳＡ値を測定します。このように専門医以外のかかりつけ医でも判断できるＰＳＡ値を利用してスムーズの連携できるように運用されているのが、滋賀県前立腺がん地域連携パスです。

患者さんのメリット

1. 自分の病気の診断治療の経過を十分に理解できる。
2. 再発などの問題があっても検査・治療施行病院における高次機能の医療レベルが保障されるという安心感がもてる。
3. 普段は近くのかかりつけ医でみてもらうことにより、時間・距離の節約ができる。

パスの種類

滋賀県前立腺がん地域連携パスには、以下の２種類があります。いずれもＰＳＡ値の採血結果にて、かかりつけ医と検査・治療施行病院（1年に1回受診）で病状を診ていきます。原則として、症状およびＰＳＡ値が安定した後にかかりつけ医へ紹介します。

1. 手術治療後の再発の監視
2. 放射線治療後の再発の監視

このページは患者さん（又は御家族の方など）が記入してください。

|  |
| --- |
| 私の目標 |
|  |
|  |
|  |

連絡先メモ

|  |
| --- |
| お名前　： |
| かかりつけ医： |
| 担当医　： |
| ＴＥＬ　：（　　　　　-　　　　　-　　　　　） |
| 検査・治療施行病院： |
| 担当医　： |
| ＴＥＬ　：（　　　　　-　　　　　-　　　　　） |
| かかりつけ薬局： |
| ＴＥＬ　：（　　　　　-　　　　　-　　　　　） |

このページは医師が記入してください。

　診療情報　　記入医師（　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 初診日 | 年　　　　月　　　　日 |
| パス開始日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 臨床病期  生検グリソンスコア | ｃＴ　　　　 Ｎ　　　　 Ｍ  Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ　・　Ｄ  　　　　 ＋ 　　　　 ＝ |
| 診断時ＰＳＡ | ｎｇ／ｍｌ |
| 術式  手術日 | 開　放　　・　体　腔　鏡（ロボット）  　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 術後放射線治療 | 年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　～  　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　Ｇｙ |
| 病理病期  病理標本グリソンスコア | ｐＴ　　　　 Ｎ　　　　 Ｍ  　　　　 ＋ 　　　　 ＝ |

その他特記事項（連携時）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

診察・検査予定表（前立腺がん 術後）

このページは医師が記入します。

**１年目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 手術担当病院  （パス導入時） | かかりつけ医  1回目 | かかりつけ医  2回目 |
| 受診日 |  | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| ＰＳＡ | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 排尿状態 | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| その他症状 | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 手術担当病院  担当医との  相談希望 |  | あり・なし | あり・なし |
| コメント |  |  |  |

次回手術担当病院受診予約日

　　　　　年　　月　　日　　：　　予約済み　・　予約未

（予約未の場合、受診予定時期が近づきましたら（　　　　　　　　　　　　）病院

予約窓口(TEL:　　　　　 　　　　　　　　　　)にて再診予約をお願いします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医  3回目 | かかりつけ医  4回目 | かかりつけ医  5回目 | かかりつけ医  6回目 |
| 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
|  |  |  |  |

診察・検査予定表（前立腺がん 術後）

このページは医師が記入します。

**2年目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 手術担当病院  （パス導入時） | かかりつけ医  1回目 | かかりつけ医  2回目 |
| 受診日 |  | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| ＰＳＡ | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 排尿状態 | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| その他症状 | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 手術担当病院  担当医との  相談希望 |  | あり・なし | あり・なし |
| コメント |  |  |  |

次回手術担当病院受診予約日

　　　　　年　　月　　日　　：　　予約済み　・　予約未

（予約未の場合、受診予定時期が近づきましたら（　　　　　　　　　　　　）病院

予約窓口(TEL:　　　　　 　　　　　　　　　　)にて再診予約をお願いします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医  3回目 | かかりつけ医  4回目 | かかりつけ医  5回目 | かかりつけ医  6回目 |
| 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
|  |  |  |  |

診察・検査予定表（前立腺がん 術後）

このページは医師が記入します。

**3年目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 手術担当病院  （パス導入時） | かかりつけ医  1回目 | かかりつけ医  2回目 |
| 受診日 |  | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| ＰＳＡ | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 排尿状態 | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| その他症状 | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 手術担当病院  担当医との  相談希望 |  | あり・なし | あり・なし |
| コメント |  |  |  |

次回手術担当病院受診予約日

　　　　　年　　月　　日　　：　　予約済み　・　予約未

（予約未の場合、受診予定時期が近づきましたら（　　　　　　　　　　　　）病院

予約窓口(TEL:　　　　　 　　　　　　　　　　)にて再診予約をお願いします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医  3回目 | かかりつけ医  4回目 | かかりつけ医  5回目 | かかりつけ医  6回目 |
| 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
|  |  |  |  |

診察・検査予定表（前立腺がん 術後）

このページは医師が記入します。

**4年目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 手術担当病院  （パス導入時） | かかりつけ医  1回目 | かかりつけ医  2回目 |
| 受診日 |  | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| ＰＳＡ | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 排尿状態 | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| その他症状 | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 手術担当病院  担当医との  相談希望 |  | あり・なし | あり・なし |
| コメント |  |  |  |

次回手術担当病院受診予約日

　　　　　年　　月　　日　　：　　予約済み　・　予約未

（予約未の場合、受診予定時期が近づきましたら（　　　　　　　　　　　　）病院

予約窓口(TEL:　　　　　 　　　　　　　　　　)にて再診予約をお願いします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医  3回目 | かかりつけ医  4回目 | かかりつけ医  5回目 | かかりつけ医  6回目 |
| 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
|  |  |  |  |

診察・検査予定表（前立腺がん 術後）

このページは医師が記入します。

**5年目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 手術担当病院  （パス導入時） | かかりつけ医  1回目 | かかりつけ医  2回目 |
| 受診日 |  | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| ＰＳＡ | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 排尿状態 | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| その他症状 | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| 手術担当病院  担当医との  相談希望 |  | あり・なし | あり・なし |
| コメント |  |  |  |

次回手術担当病院受診予約日

　　　　　年　　月　　日　　：　　予約済み　・　予約未

（予約未の場合、受診予定時期が近づきましたら（　　　　　　　　　　　　）病院

予約窓口(TEL:　　　　　 　　　　　　　　　　)にて再診予約をお願いします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医  3回目 | かかりつけ医  4回目 | かかりつけ医  5回目 | かかりつけ医  6回目 |
| 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 | 年  月　　日 |
| （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） | （ng／ｍｌ） |
| 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） | 頻尿（　　）  排尿困難（　　）尿失禁（　　）  肉眼的血尿（　） |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
| あり・なし | あり・なし | あり・なし | あり・なし |
|  |  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

連絡ノート

気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録

（患者さん、かかりつけ医、病院担当者、薬剤師、看護師など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日 | コメント | 記入者 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



**患者さんへ（術後の注意点について）**

日常生活は今まで通りで結構ですが、

下記の症状があるようでしたらかかりつけ医にご相談ください。

* おしっこが急に出にくくなった。
* おしっこに血液が混じっている。

**医療機関の皆様へ**

**―前立腺がん術後地域連携パスを導入するにあたっての確認事項－**

 □ **患者の病状に関する責任は手術を施行した病院にあります。**

 □ PSA検査間隔の目安：術後2年は3か月毎の診察、2年以降は

6か月毎（診療所１回・手術担当病院１回/年）

 □ ただし、PSA上昇傾向がみられるときなどの追加測定に関しては、適宜かかりつけ医の先生がご判断いただいて結構です。

 □ 急変時には24時間体制で手術担当病院での受け入れを行います。

 □ 年1回は治療を行った病院で経過観察のための診察を行います。

**―次の場合は手術担当病院を再受診させて下さいー**

* PSA値が**0.2 ng/ml**を越えた時

（再受診なしでホルモン治療の追加を行わないでください）

□ 肉眼的血尿の持続

□ 排尿困難あり残尿が100mlを超えたとき

□ その他病状になにか大きな変化があった場合

この「私のカルテ」は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランス良く提供する共同診療体制を構築すること、患者さんがご自身の治療に参加しやすくすることを目的に作成されました。

* 私のカルテに関してご質問等ございましたら事務局にお寄せ下さい。
* 治療に関しては、かかりつけ医または手術をした病院医師にご相談ください。

＜事務局＞

滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会事務局（大津赤十字病院地域医療連携課）

電話：０７７－５２２－４１３１　FAX：０７７－５２２－８０４７

E-mail ： [gan\_renkei@otsu.jrc.or.jp](mailto:gan_renkei@otsu.jrc.or.jp)

**滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会**

**令和６年(2024年)4月1日　第2.00版**

**滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会**

**令和５年(2023年)○月○日　第2.00版**

滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会

令和4年（2022年）○月○日　第2.00版

滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会

令和4年（2022年）○月○日　第2.00版