

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』①

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終目標】 10年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準: PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自他覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上

()

目標・自他覚症状と判断基準\受診間隔の目安	手術・治療より ()ヶ月	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
PSA再発・再燃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』②

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終目標】 10年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準: PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自他覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上

()

目標・自他覚症状と判断基準\受診間隔の目安	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
PSA再発・再燃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』③

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 10年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準 PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自他覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上

()

	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
目標・自他覚症状と判断基準\受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
PSA再発・再燃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』④

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 10年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準 PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自他覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上

()

	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
目標・自他覚症状と判断基準\受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
PSA再発・再燃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』⑤

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 10年間再発を早期に見出し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準: PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上

()

	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
目標・自覚症状と判断基準\受診間隔の目安	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入					
PSA再発・再燃	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
骨痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』⑥

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 10年間再発を早期に見出し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準: PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上

()

	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
目標・自覚症状と判断基準\受診間隔の目安	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入					
PSA再発・再燃	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
骨痛	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』⑦

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 10年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準 PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上
 ()

	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
目標・自覚症状と判断基準\受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
PSA再発・再燃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん共同診療計画表 『前立腺がん 治療開始後サーベイ連携』⑧

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 10年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。

手術日: 年 月 日 治療開始日: ホルモン 放射線 待機 年 月 日

拠点病院への紹介基準 PSA(全摘除)0.2ng/ml以上 自覚症状が継続し、改善が見られないとき

PSA(ホルモン・放射線)が2.0ng/ml以上 紹介時のPSA(待期療法)が2倍以上
 ()

	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後	()ヶ月後
目標・自覚症状と判断基準\受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
PSA再発・再燃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA値 ng/ml ()ヶ月に1回					
<input type="checkbox"/> 術後合併症 PSA 0.2ng/ml未満 尿失禁・排尿困難など増悪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ホルモン療法の副作用 PSA 2.0ng/ml未満 発汗・ほてり・乳房の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 放射線療法副作用の管理 PSA 2.0ng/ml未満 肛門痛・血便・排尿障害など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 待機療法中のPSA管理 PSA 紹介時のPSAが2倍未満 紹介時PSA()ng/ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他					
採血(血液像)					
採血(肝機能)					
採血(その他のデータ)					
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
LH-RH()					
患者指導					
服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導(栄養指導)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン					
Nsサイン					

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん術後内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時() 処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000() 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん術後内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時() 処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000() 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 () 処方
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 () 処方
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時()処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

前立腺がん内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時()処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 () 処方
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 () 処方
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	1コース			2コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	3コース			4コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	5コース			6コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。