

前立腺がんの早期発見を  
目的とする検査を受けられるかたへ

氏名

様

(初回 · 回)

年 月 日	2次検査 年 月 日	年 月 日
PSAは( )ng/mlです PSAは以下のように分けて 判定されます	病院では以下の検査をいたします 詳しい説明は外来でいたします  尿検査 PSAの再検査 直腸診 超音波(エコー)検査	経過観察の場合  2次及び3次検査で経過観察が 必要という結果でした 今後は紹介元にて定期的に (3ヶ月、6ヶ月、1年後)にPSA検査を いたします
4 ng/ml以下 陰性 4 . 1 ~ 10 ng/ml グレーゾーン 10 . 1 ng/ml 陽性	↓ 以上により方針を決定します がんがさらに疑われる場合 3次検査として針生検をします (一泊二日)	PSA値が更に上昇する場合は 再度専門病院での詳しい検査が 必要になることがあります
↓ グレーゾーン又は陽性の場合 はがんの可能性があり、 専門病院での再検査が必要です	がんありの場合  追加検査・治療について病院担当医が 詳しい説明をします	( )病院、クリニック ( ) ( )病院、クリニック ( )

# 診療情報提供書(前立腺がん連携パス)

医療者用

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

科御中  
先生

所在地〒

医療機関名  
電話番号  
FAX番号  
診療科  
担当医

カルテID					
患者氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生 ( )歳	男・女	
住所	〒 -				
電話番号	( )	職業			
紹介目的	PSA高値のため貴院にて精密検査をお願い致します。				
疾病名 (主訴又は病名)	前立腺がん疑い				
既往歴 家族歴					
	嗜好				
	薬剤アレルギー	無・有			
病状経過 及検査結果 治療経過	検診結果: 年 月 日 PSA値は _____mg/ml  抗血小板/抗凝固剤処方 有 無 不明 (薬剤名 )  前立腺がん検診手帳 患者へ渡し 済 未				
現在の 処方					
その他 特記事項					

ご報告書(前立腺がん連携パス)

紹介先用

平成 年 月 日

医療機関名

担当医

科御中  
先生

所在地〒

医療機関名

電話番号

FAX番号

診療科

担当医

印

謹啓

日頃から何かと高配を頂きお礼申し上げます。さて、ご紹介戴きました

様 ( 年 月 日生 カルテID: )

につきましてご報告申し上げます。  
今後ともご指導の程よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

< 精密検査結果および連携方針 >

癌あり (当院にて治療いたします)
癌なし 3、6ヶ月、1年後のPSA検査をお願いいたします。 PSA値が _____ ng/ml以上になりましたら 再紹介をお願いいたします。
その他

検査内容

直腸診

エコー

PSA再検 \_\_\_\_\_ ng/ml ( 年 月 日 )