

前立腺がん重粒子線治療に関する連携計画書

テスト患者 様			A.計画策定病院		ID						
(生年月日:)			群馬大学医学部附属病院		電話						
(術式等 各病院自由記載)			(担当医師名)		FAX						
照射開始日			2019/1/1		B.連携医療機関						
					ID						
					電話						
					FAX						
受診予定年月	受診予定施設	受診日	診療情報提供	診察	画像検査					詳細 その他情報 (日付つきで記載)	
					自覚症状	身体所見	PSA値	胸腹骨盤CT	骨盤MRI		骨シンチ
照射終了時		A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3ヶ月	2019年4月	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6ヶ月	2019年7月	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後1年	2020年1月	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6ヶ月	2020年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後2年	2021年1月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6ヶ月	2021年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後3年	2022年1月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6ヶ月	2022年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後4年	2023年1月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6ヶ月	2023年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
次回 照射開始後5年は群大病院受診です。受診6か月前に群大病院へ電話をかけて予約をしましょう！											
照射開始後5年	2024年1月	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6ヶ月	2024年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後6年	2025年1月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後7年	2026年1月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後8年	2027年1月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
照射開始後9年	2028年1月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
次回 照射開始後10年は群大病院受診です。受診6か月前に群大病院へ電話をかけて予約をしましょう！											
照射開始後10年	2029年1月	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

□印: 再発を疑わせる所見がない時にチェックし、異常所見があるときは別添書類を付けて紹介する。