

前立腺がん治療に関する連携計画書

テスト患者 (術式等 各病院自由記載欄)		様(生年月日:		A. 計画策定病院 (計画書策定病院名) (担当医師名)				ID 電話: FAX:	
手術日		2019/1/1		B. 連携医療機関 (連携医療機関名) (かかりつけ医名)				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 自覚症状 身体所見		*1 (PSA) 血液検査	尿検査	詳細 その他情報 (日付つき記載)
退院時		A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
退院後4週間		A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
術後3ヶ月	2019年4月	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2019年7月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
9ヶ月	2019年10月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
術後1年	2020年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2020年4月	(B)			(<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"/>		
9ヶ月	2020年10月	(B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後2年	2021年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2021年4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"/>		
9ヶ月	2021年10月	(B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後3年	2022年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2022年4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"/>		
9ヶ月	2022年10月	(B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後4年	2023年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2023年4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"/>		
9ヶ月	2023年10月	(B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後5年	2024年1月	A/B			<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"/>		
術後6年	2025年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2025年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後7年	2026年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2026年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後8年	2027年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2027年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後9年	2028年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2028年7月	B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後10年	2029年1月	A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	

□印:再発を疑われる所見がない時はチェックし、異常所見があるときは別添書類を付け紹介する

()印:適宜行う

*1血液検査:必要に応じて、血算、生化学検査を行う

前立腺がん治療に関する連携計画書

テスト患者 様(生年月日: (術式等 各病院自由記載欄)		A. 計画策定病院 (計画書策定病院名) (担当医師名)		ID 電話: FAX:				
手術日 2019/1/1		B. 連携医療機関 (連携医療機関名) (かかりつけ医名)		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		*1 血液検査 (PSA)	尿検査	詳細 その他情報 (日付つき記載)
				自覚症状	身体所見			
開始時	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
術後3ヶ月	2019年4月 A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2019年7月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
9ヶ月	2019年10月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
術後1年	2020年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2020年4月 (B)			(<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"/>		
9ヶ月	2020年10月 (B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後2年	2021年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2021年4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"/>		
9ヶ月	2021年10月 (B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後3年	2022年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2022年4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"/>		
9ヶ月	2022年10月 (B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後4年	2023年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2023年4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"/>		
9ヶ月	2023年10月 (B)			(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)		
術後5年	2024年1月 A/B			<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"/>		
術後6年	2025年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2025年7月 B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後7年	2026年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2026年7月 B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後8年	2027年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2027年7月 B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後9年	2028年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
6ヶ月	2028年7月 B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後10年	2029年1月 A/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	

□印:再発を疑われる所見がない時はチェックし、異常所見があるときは別添書類を付け紹介する
()印:適宜行う
* 1血液検査:必要に応じて、血算、生化学検査を行う