

前立腺がん手術を受けられた皆様へ

# 前立腺がんの術後経過

## ・安心ブックレット

- ◆これからの診察と検査予定
- ◆地域連携クリニカルパスを活用しましょう
- ◆受診記録-受診日の日記をつけましょう



©群馬県 ぐんまちゃん  
00204-01

群馬県がん診療連携協議会

○ ○ ○ ○ 病院

| 私のプロフィール |         |
|----------|---------|
| 氏名       |         |
| 生年月日     | 年 月 日   |
| 住所       |         |
| 電話番号     | 自宅: ( ) |
| 携帯電話番号   | 本人: ( ) |

# 前立腺がんの術後経過・安心ブックレット

## 目 次

|                                              | ページ |
|----------------------------------------------|-----|
| I ブックレットについて                                 | 3   |
| II 地域連携クリニカルパスについて                           | 4   |
| III 前立腺がんの治療情報                               | 5   |
| IV 前立腺がん術後のフォローアップ期間<br>診察／検査項目と実施時期<br>受診計画 | 6   |
| V 前立腺がん治療の目標等                                | 7   |
| VI 前立腺がん術後経過 記録票                             | 9～  |

## I ブックレットについて

このブックレットは、前立腺がんを手術された患者さんと、ご家族の方に、手術後の生活を安心して送っていただくための知識と活用してほしい仕組みをまとめたものです。

手術後の生活で注意していただきたいことや、一人一人の状況に合わせて外来通院し、定期検査を受ける必要性について紹介しています。ご自分の状態や検査結果などを記入して、是非、活用してみましょう。

地域連携クリニカルパスは、前立腺がんが克服されたと考える術後 10 年目という節目に向けて、患者さんとご家族そして医療従事者と行政機関の全員が力を合わせていきます。

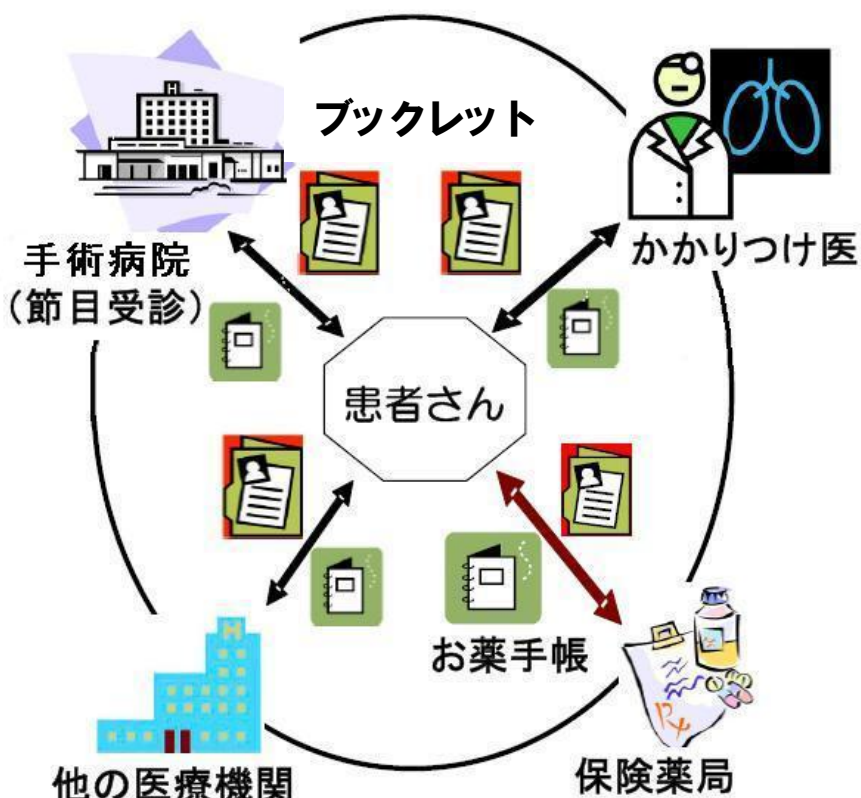
皆様が満足感ある治療をお受けになり、日々心安らかにお過ごししていただけるお手伝いになれば幸いです。

## Ⅱ 地域連携クリニカルパスについて

「地域連携」とは、患者さんを中心に、急性期病院である〇〇病院と地域の医療機関（かかりつけ医）が情報交換と診療を行い、より良い医療と安全を提供する仕組みです。

専門的な検査や手術は、〇〇病院（急性期病院）が担当し、手術後の診療・血液検査などは、近隣の開業医が【かかりつけ医】となり、担当します。

〇〇病院とかかりつけ医が地域連携クリニカルパス（地域連携計画書）を基に情報を共有しながら、協力して診療を行うシステムです。



### Ⅲ 前立腺がんの治療情報

| 手術記録 |                                                                                                                                                                |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手術日  | 年 月 日                                                                                                                                                          |
| 術式   | <input type="checkbox"/> ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術<br><input type="checkbox"/> 開腹での前立腺全摘術<br><input type="checkbox"/> その他<br><div style="text-align: center;">( )</div> |
| 補助療法 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 術前 ・ 術後 )                                                                                              |



## Ⅳ 前立腺がん術後のフォローアップ期間

### 診察／検査項目と実施時期

| 術後経過                 |                     | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 9ヶ月 | 1年  |
|----------------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|
| 触診                   | 鼠経ヘルニア              | (○) | (○) | (○) | (○) |
| 問診                   | □尿失禁                | ○   | ○   | ○   | ○   |
|                      | □排尿困難               | ○   | ○   | ○   | ○   |
|                      | □頻尿                 | ○   | ○   | ○   | ○   |
|                      | □食欲異常               | ○   | ○   | ○   | ○   |
|                      | 発汗・ほてり              | ○   | ○   | ○   | ○   |
| 血液検査                 | □PSA 値              | ○   | ○   | ○   | ○   |
|                      | □血算・生化学<br>(一般的な項目) | ○   | ○   | ○   | ○   |
| バリアンス発生<br>有無の確認チェック |                     | ○   | ○   | ○   | ○   |

### 受診計画

| 1 年目                 |               |               |              |
|----------------------|---------------|---------------|--------------|
| 3ヵ月<br>〇〇病院          | 6ヵ月<br>〇〇病院   | 9ヵ月<br>かかりつけ医 | 12ヵ月<br>〇〇病院 |
| 2 年目                 |               |               |              |
| 3ヵ月<br>かかりつけ医        | 6ヵ月<br>かかりつけ医 | 9ヵ月<br>かかりつけ医 | 12ヵ月<br>〇〇病院 |
| 3 年目以後（安定していれば半年間隔も） |               |               |              |
| (かかりつけ医)             | 6ヵ月<br>かかりつけ医 | (かかりつけ医)      | 12ヵ月<br>〇〇病院 |

\* 原則として手術後10年間はフォローアップ期間。

## V 前立腺がん治療の目標等

|                                                                                                                                                                         |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>1. 目標</b>                                                                                                                                                            |                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 排尿状態が安定している</li> <li>▪ 後期合併症が発生しない(尿道狭窄、血尿、貧血など)</li> </ul>                                                                    |                                                           |
| <b>2. 適応条件</b>                                                                                                                                                          |                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PSA に上昇傾向がない</li> <li>▪ 排尿状態が安定している(尿取りパッド 0～2 枚程度/日)</li> <li>▪ 血尿がない</li> <li>▪ 直腸出血がない</li> <li>▪ 現在、内分泌治療をしていない</li> </ul> |                                                           |
| <b>3. 再発・再燃の目安</b>                                                                                                                                                      |                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PSA 値 0.2ng/ml以上が 2 回</li> </ul>                                                                                               |                                                           |
| <b>4. バリアンスの発生基準</b>                                                                                                                                                    |                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 尿道狭窄による排尿障害(尿失禁、頻尿、排尿困難など)</li> </ul>                                                                                          |                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 鼠経ヘルニアの発生</li> </ul>                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ リンパ嚢腫</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 下肢浮腫の発生</li> </ul>                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 食欲の増減</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 発汗/ほてり</li> </ul>                                                                                                              |                                                           |
| ※連携の運用上<br>バリアンス                                                                                                                                                        | 受診の遅れ/未受診、薬剤コンプライアンス、<br>病状増悪時の早期発見/受診                    |



～メモ欄～

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## VI 前立腺がん術後経過 記録票

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |



- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |



- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|            |                                |                   |                   |
|------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|            |                                | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
|            | <b>受診日</b>                     | 年      月      日   | 年      月      日   |
|            | <b>PSA 値</b>                   | ng/ml             | ng/ml             |
|            | <b>尿パット枚数</b>                  | 枚                 | 枚                 |
| <b>症状等</b> | 血尿                             | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 足のむくみ・しびれ                      | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 鼠径部(股)の違和感                     | あり ・ なし           | あり ・ なし           |
|            | 自由記載欄<br>気になる症状がありましたら教えてください。 |                   |                   |

- ・**PSA 値は受診医療機関で記入してもらいましょう。**
- ・他の項目は、患者さん・ご家族が記入してください。

|                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 | 術後      年      カ月 |
| 年      月      日   | 年      月      日   | 年      月      日   |
| ng/ml             | ng/ml             | ng/ml             |
| 枚                 | 枚                 | 枚                 |
| 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           | あり ・ なし           |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |
|                   |                   |                   |

発行 群馬県がん診療連携協議会  
改訂版制作 群馬大学医学部附属病院  
泌尿器科  
連絡先 ○○○○病院  
〒  
群馬県○○市○○町○○-○○  
TEL ○○○○—○○—○○○○  
夜間・休日TEL ○○○○—○○—○○○○

.....  
初版監修 伊勢崎市民病院泌尿器科 小林 幹男・竹澤 豊

20○○年○月発行

本冊子の無断転載を禁じます。