

前立腺がんのサーベイランス

| 次回受診予定                         |   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 受診日                            |   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   | 年 月 日   |
| 診察所見<br>(医師記載)                 | 実施検査  | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>PSA<br>(                      ng/ml) | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>PSA<br>(                      ng/ml) | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>PSA<br>(                      ng/ml) | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>PSA<br>(                      ng/ml) | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー<br>PSA<br>(                      ng/ml) |
|                                | 所見記載欄   |   |   |   |   |   |
|                                | 医師サイン (                      )                              | 医師サイン (                      )  | 医師サイン (                      )  | 医師サイン (                      )  | 医師サイン (                      )  |   |
| 医療費区分                          | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療             | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療             | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療             | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療             | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療             |
| 備考<br>(血縁者の情報を医療者と共有し、相談しましょう) |   |   |   |   |   |   |