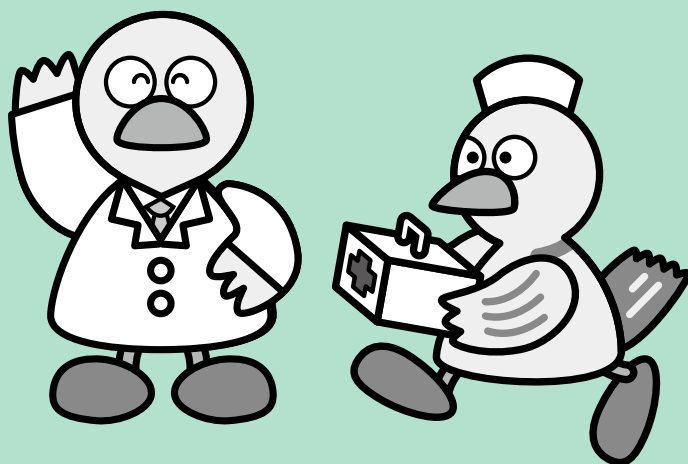


埼玉県医療連携手帳 (PSA経過観察)



お名前 _____

生年月日 明・大
昭・平 ____年 ____月 ____日

連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

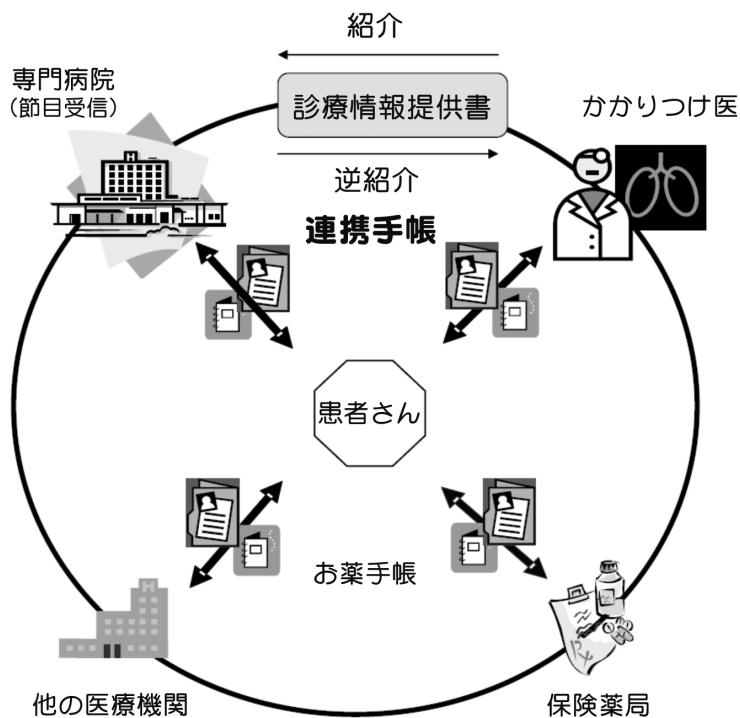
PSA（前立腺特異抗原）は前立腺がんを早期発見するために極めて有用な血液検査です。

PSA が 4 ng/ml 以上の場合は前立腺がんの心配がないかどうか精密検査（前立腺針生検）が行われます。

前立腺針生検で前立腺がんが見つからなかった場合でも、がんの心配が全くないというわけではありません。PSA の数字が高くないかどうかしばらく様子を見るのが安心です。

しかしながら全ての方を専門病院のみで経過観察するのは困難です。この手帳を使って PSA の測定を地域の医療機関にお願いし、必要に応じて専門病院を受診していただくことで診察待ち時間の短縮などスムーズな対応が可能となります。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

身長_____ c m 体重_____ k g	
アレルギー	☐ なし ☐ あり ☐ 不明 特記事項
既往歴および現在治療中の病気	☐ なし ☐ あり

連絡先
前立腺生検を行った専門病医院
病院名
科名
医師名
I D
電話
かかりつけ医
病・医院名
医師名
I D
電話
かかりつけ薬局
薬局名
電話

前立腺生検の記録（：生検を施行した専門病院で記入）

第 1 回目

検査前 PSA	()ng/ml (年 月 日測定)
検 査 日	年 月 日
方 法	☐ 経直腸 ☐ 経会陰 ☐ 経直腸＋経会陰
生検本数	()箇所： 右 ()、左 ()
生検結果	☐ がんなし ☐ 異型腺管 ☐ 前立腺がん：Gleason score()+()=()

第 2 回目

検査前 PSA	()ng/ml (年 月 日測定)
検 査 日	年 月 日
方 法	☐ 経直腸 ☐ 経会陰 ☐ 経直腸＋経会陰
生検本数	()箇所： 右 ()、左 ()
生検結果	☐ がんなし ☐ 異型腺管 ☐ 前立腺がん：Gleason score()+()=()

PSA経過観察記録(地域医療機関で記入)

(1)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

生検前(4ページ)と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(2)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(3)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(4)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(5)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(6)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

PSA経過観察記録(地域医療機関で記入)

(7)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(8)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(9)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

(10)受診日_____年____月____日

受診医療機関_____医院_____病院

PSAの値_____ng/ml

前回と比べて50%以上のPSAの上昇 ☐有り ☐無し

<地域医療機関の方へ>

- PSAの測定は3か月以上間をあけて年に2～3回行ってください。
- 50%以上の上昇が2回連続してみられたら生検を行った専門病院へご紹介ください。
- 判断に迷う場合、患者さんからの希望がある場合にもご紹介いただいて結構です。
- 経過観察は原則として2年で終了となります。お手数ですが2年過ぎましたら生検を行った専門病院へご紹介ください。
- 専門病院へご紹介いただく際には、恐れ入りますが紹介状をご用意ください(簡単なもので結構です)。

通信欄(地域医療機関・専門施設兼用)

[illegible]

参考:PSAの値に影響を与える薬剤

前立腺肥大症と男性型脱毛症に使われる薬の一部により見かけ上 PSA 値が低くなることがあります。下記の薬をご使用の方は必ず医師または看護師にお伝えください。

前立腺肥大症のお薬

プロスタール、酢酸クロルマジノン EMEC
アプタコール、ヴェロニカ、エフミン、キリシノン、
クロキナン、ゲシン、サキオジール、ジルスタンL、
パパコール、プラクサン、プレストロン、
プロコサイド、プロスタット、プロターゲン、
ルトラール、レコルク、ロンステロン
パーセリン、アランダール、エルモラン、
コバレノール、サルミコール、ペリアス、
メイエストン、アボルブ

男性型脱毛症のお薬

プロペシア

(注)お使いの薬がPSA 検査に影響するかどうかよくわからない時には、薬局ないしお薬を処方した医療機関にご相談下さい。

×モ

メモ

—— この手帳の使い方について ——

1) 連携元病院の担当の先生方：

- ・この手帳を患者さんにお渡しする前に4ページの生検記録に記入してください。

2) 患者さん：

- ・初めて手帳を受け取ったら、3ページの身長・体重など各項目にご記入ください。
- ・医療機関を受診される際にはこの手帳を必ずご持参ください。

3) 地域医療機関で診療を担当される先生方：

- ・5～6ページにPSA検査の結果をご記入ください。
- ・下記に該当する場合は生検を行った専門病院へご紹介ください。
 - 1) 50%以上のPSAの上昇が2回連続した場合
 - 2) 判断に迷う場合
 - 3) 患者さんから希望があった場合
 - 4) 2年経過した時（経過観察終了となります）。

ご意見がございましたら、下記にお寄せ下さい。

(事務局) 埼玉県立がんセンター

TEL 048-722-1111

FAX 048-722-1129

(連携室)

FAX 048-723-6081