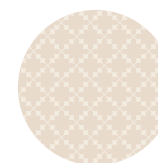
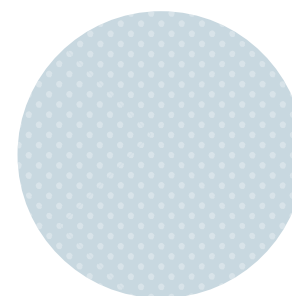


わたしの手帳
my note



説明文書

患者さんとご家族に対してわかりやすく質の高い医療サービスを提供することを目標に、「わたしの手帳 my note」を活用しています。

「わたしの手帳 my note」とは、あなたの病気の状態や治療経過をあなたと医師が共有する「治療計画」のことです。

「わたしの手帳 my note」を活用すれば、患者さんが広島県内のどこへ行かれても皆様の病状にあった質の高い医療を切れ目なく享受することが可能で、医師も異常の早期発見や日々の診療におけるきめ細かい対応が可能となることが期待されます。また、ご自身の治療計画や病気の状態、PSA 値を医師と共有することで、安心して質の高い医療を受けることができ、長い待ち時間や通院時間の短縮などのご負担が軽減することが期待されます。

お身体の状態が落ち着いているときの日常の診療、検査や投薬はかかりつけ医で行い、経過観察中に専門的な検査や治療が必要となった場合は治療病院で行います。前立腺がんに関することで、なにかご心配なことがありましたら、まずかかりつけ医にご相談ください。休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない緊急の場合は、治療病院で対応いたしますのでご連絡下さい。

治療病院では、「わたしの手帳 my note」が患者さんの療養生活や診療の方針にあっているか検討の上、利用した方が良いと判断した場合におすすめます。途中で中止することも可能です。利用しない、中止したからといってなんら不利益を受けることはありません。また、「わたしの手帳 my note」を利用した連携診療システムに同意をいただいた場合でも、経過観察中の病態や PSA 値等によっては連携診療を取りやめることもあります。

ご不明な点や心配な点があれば、いつでもご相談ください。

同意文書

私は、治療を受けるにあたり、医師から説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この連携診療システムを受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に与えられました。

よって、私の意思に基づき、連携診療システムを受けることに同意します。

1. 説 明 年 月 日 西暦 年 月 日

2. 説 明 者
病 院 名

氏 名（医 師）

氏 名（医 師）

同 席 者 氏 名

職種・職位等

3.
説 明 を 受 け た 方
患 者 氏 名（本人）

または代理人氏名 （患者との関係： ）

注. 署名欄は本人が自署してください。
患者本人が署名できないときは代理人が署名してください。
この文章のコピーは診療録に添付、保管します。

はじめに

前立腺がんは、比較的予後の良いがんといわれ、早期に発見することで高い治療効果が期待できます。そのため、長く向かい合っていく必要があります。

また、たとえ再発、再燃しても病状に応じた治療法がありますから、けっしてくじけることなく治療を続けてください。

前立腺がんの治療法はどんどん進歩し、治療に対する考え方がずいぶん変わってきています。医師や看護師の説明をよく聞き、また、ご自分の希望を伝えながら、ひとつひとつ納得しながら治療後の観察や治療の継続を行っていきましょう。

氏名等記入欄

※治療病院でご記入をお願いします。

お 名 前

生 年 月 日 西 暦 年 月 日

治 療 病 院

泌尿器科 TEL

I D

担 当 医

治療病院でご記入をお願いします。

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー（薬、食べ物等）

内服薬

かかりつけ医でご記入をお願いします。

かかりつけ医療機関

T E L

I D

担 当 医

この手帳をお使いになるあなたへ

も く じ

❖ 同意文書	01
❖ はじめに	02
❖ 氏名等記入欄	02
❖ この手帳をお使いになるあなたへ	05
❖ UICC TNM分類(UICC 第7版、2009年)	06
❖ 前立腺がんの病期分類(TNM分類)とその例	08
❖ 日常生活で気をつけること	10
❖ 日常生活での腹圧上昇時の尿漏れへの対策	12
❖ 前立腺がんの再発・再燃について	14
❖ あなたの前立腺がん治療情報	16
❖ 緊急連絡先	17
❖ 5年間の検査・治療計画(全体像)	18
❖ 検査・治療連携計画書および診療情報提供書	20
❖ ・ 手術 ・ ホルモン治療 ・ 放射線治療	
❖ 正しい情報を活用しましょう	56
❖ 広島県のがん情報	57
❖ メモ欄	58

これから前立腺がんという病気を乗り越えていくためには、あなた自身が病気についてよく理解しておくことが大切です。

この手帳は、治療を施行した泌尿器科専門病院(治療病院)とかかりつけ医療機関(かかりつけ医)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。

この「わたしの手帳 my note」は、あなたを中心に検査や治療に関係する全ての医療者が、検査結果や治療方針を理解したうえで、あなたにとって最善の検査や治療をおこなっていくための診療計画です。

「わたしの手帳 my note」を持つことで、病気の状態や治療方針、現在のPSA値などを理解することができます。

- 受診の際は忘れずに携帯し、自分の状態などについて書きとめておきましょう。
- 患者記入欄などの記入が難しいところは、かかりつけ医や看護師に記入してもらいましょう。
- 病状が落ち着いているときの検査や日常の診療はかかりつけ医が行います。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。
- 気になることや疑問・質問があれば、メモ欄に書きとめ、かかりつけ医に尋ねるようにしましょう。

UICC TNM分類(UICC 第7版、2009年)

T-原発腫瘍

TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
T1	触知不能、または画像診断不能な臨床的に明らかでない腫瘍
T1a	組織学的に切除組織の5%以下の偶発的に発見される腫瘍
T1b	組織学的に切除組織の5%をこえる偶発的に発見される腫瘍
T1c	針生検により確認される腫瘍（たとえば、PSAの上昇による）
T2	前立腺に局限する腫瘍
T2a	片葉の1/2以内の進展
T2b	片葉の1/2をこえ広がるが、両葉には及ばない
T2c	両葉への進展
T3	前立腺被膜をこえて進展する腫瘍
T3a	被膜外へ進展する腫瘍（一側性、または両側性）、顕微鏡的な膀胱頸部への浸潤を含む
T3b	精嚢に浸潤する腫瘍
T4	精嚢以外の隣接組織（外括約筋、直腸、拳筋、および/または骨盤壁）に固定、または浸潤する腫瘍

N-所属リンパ節

NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	所属リンパ節転移あり

M-遠隔転移

MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり
M1a	所属リンパ節以外のリンパ節転移
M1b	骨転移
M1c	リンパ節、骨以外の転移

Whitmore-Jewett Staging Systemによる期別分類

ABCD 分類

・病期 A

臨床的に前立腺がんとは診断されず、たまたま前立腺肥大症や膀胱がんなどの他の病期に対する手術試料の病理組織学的検索でがんが見出された前立腺に局限するがん（incidental carcinoma 偶発がん）

- A1：限局性の高分化がん。
- A2：瀰慢性病変、または中～低分化腺がん。

・病期 B

前立腺内に局限している腺がん。

- B0：触診では触れず、PSA 高値にて精査され組織学的に診断されたもの。
- B1：片葉内の単発腫瘍。
- B2：片葉全体のあるいは両葉に存在。

・病期 C

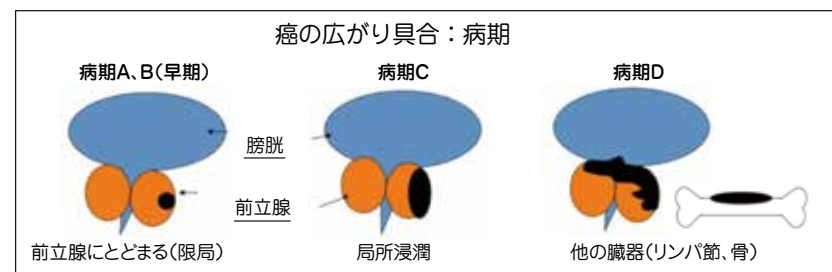
転移はないが、がんが前立腺被膜を越えているか、精嚢に浸潤するもの。

- C1：臨床的に被膜外浸潤が診断されたもの。
- C2：膀胱頸部あるいは尿管の閉塞を来したものの。転移はない。

・病期 D

転移を有するもの

- D1：所属リンパ節に転移が認められる。
- D2：所属リンパ節以外のリンパ節転移、膀胱頸部以外の膀胱、直腸などの隣接臓器への浸潤、骨、肺、肝などの臓器に転移が認められる。
- D3：D2 に対する適切な内分泌療法後の再燃。

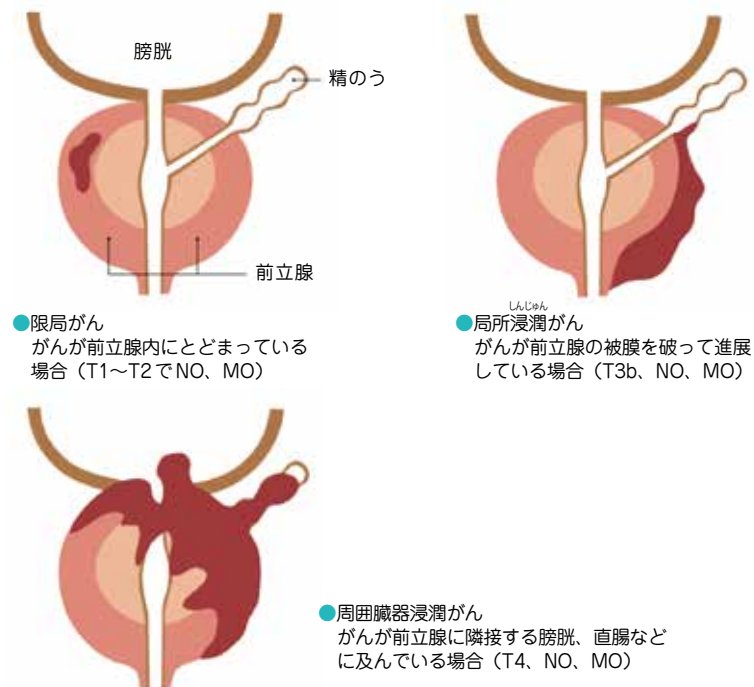


前立腺がんの病期分類（TNM分類）

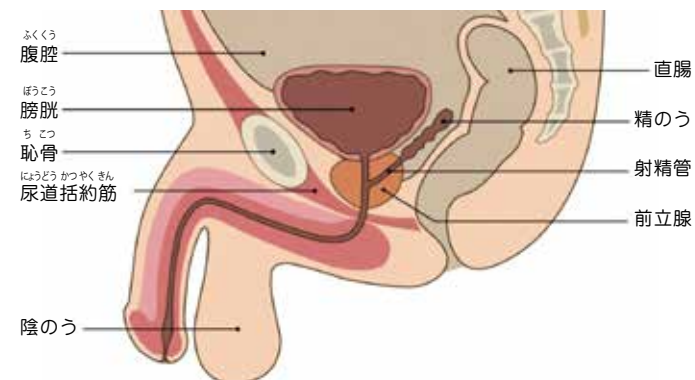
T1		直腸診でも画像検査でもがんは明らかにならず、前立腺肥大症や膀胱がんなどで手術を受けて偶然発見された場合
	T1a	前立腺肥大症などの手術で切り取った組織の5%以下にがんが発見される
	T1b	前立腺肥大症などの手術で切り取った組織の5%を越えた部分にがんが発見される
	T1c	針生検によってがんが確認される
T2		前立腺の中にとどまっているがん
	T2a	左右どちらかの1/2 までにがんがとどまっている
	T2b	左右どちらかだけに1/2 を越えるがんがある
	T2c	左右の両方にがんがある
T3		前立腺をおおう膜（被膜）を越えてがんが広がっている
	T3a	被膜の外にがんが広がっている（片方または左右両方、膀胱の一部）
	T3b	精のうまでにがんが及んでいる
T4		前立腺に隣接する組織（膀胱、直腸、骨盤壁など）にがんが及んでいる
N0		所属リンパ節への転移はない
N1		所属リンパ節への転移がある
M0		遠隔転移はない
M1		遠隔転移がある

日本泌尿器科学会・日本病理学会・日本医学放射線学会編
「前立腺癌取り扱い規約 2010年12月（第4版）」（金原出版）より作成

TNM分類の例



前立腺と周囲の臓器



日常生活で気をつけること

定期的な診察や検査に行きましょう

かかりつけ医では、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は基本的には一人ひとり異なりますので、担当医の指示に従って決められた日に受診しましょう。また、治療病院には年1回受診しましょう。

この手帳は5年までとなっていますが、5年以後もかかりつけ医、治療病院で経過観察しましょう。

前立腺全摘除術後の場合： 骨盤底筋体操は生活に取り入れ、継続しましょう

術後の尿漏れは個人差はありますが、一般的には経過とともに改善して行きます。改善までに時間がかかる場合もありますが、術後12ヶ月ごろまでには日常生活に支障がないまでに回復することがほとんどです。

また、骨盤底筋体操によって、筋力をつけることで改善することがあります。正しい方法で続ければ確実に効果はありますので、体操を生活のなかに取り入れ、習慣にしましょう。

ホルモン治療中の場合： 男性ホルモンが低下することによる副作用について 理解しましょう

ホットフラッシュと呼ばれる急な発汗や、のぼせやすくなる、乳房が大きくなる（女性化乳房）、乳頭が痛むといった症状が起こります。下腹部に脂肪がつきやすく体重が増加しやすくなります。また、勃起障害や性欲、骨塩量の低下が起こります。

通常、症状は一過性で、徐々に慣れてくることが多いのですが、副作用が強く対症的な治療で対応できないときには、薬の種類を変更したり、別の薬を併用したり、治療を中止することがあります。体調の変化について、担当医や看護師に相談しましょう。

放射線治療後の場合： 便秘、血便に注意しましょう

放射線治療後は、直腸の刺激によって下痢や頻回の便通、排便のときの痛みや出血が起こったり、膀胱の刺激によって、頻尿、排尿のときの痛み、急に尿意を催して我慢できなくなる、といった症状が起こることがあります。ほとんどは、治療が終わると徐々に落ち着いてきます。しかし、便秘でいきんだりすると、血便や血尿となることもありますので、便秘には注意をしましょう。

悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して検査や治療を続けていくためには、家族とともに担当医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と向き合う気持ちが大切です。

不安や悩みはあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいます。そして、その多くの方が病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。

また、多くの医療者があなたの周囲にいますので、病気のことで悩みがある場合は早めに相談してください。

日常生活での腹圧上昇時の尿漏れへの対策

～骨盤底筋体操の方法～

1



あおむけになって足を肩幅に開き、
両ひざを軽く立てる。

3



いすに座って足を肩幅に開き、
背中を伸ばし肩の力を抜く

2



ひざを曲げた四つんばいの姿勢

・このようにいろいろな体位があります。
自分のやりやすい体位で行いましょう。

- 肛門の周りの筋肉を、息を吸いながらゆっくり強く締めつけ5秒間保持し、息を吐きながら緩めます。
- これを1セットとし、10～20回、1日4セット（朝・昼・晩・眠前）に行うことを目標としてください。体操に慣れれば1分間に10～14秒締め、残りは緩めるという動作を1回のトレーニングで10～20分間程度、1日1～2回行いましょう。
- 体操に慣れてくれば日常生活のなかに組み込むと継続できます。
例：買い物中のレジ待ち中や信号待ち中、入浴中や新聞・雑誌を読んでいるときなど。

正しい運動のイメージ

- ・ おならをがまんするときに肛門をギュッと締める感じ。
- ・ 肛門を胃の方へ吸い上げるような気持ち。

MEMO

前立腺がんの再発・再燃について

治療により低下していた PSA 値が再び上昇したり、リンパ節や別の臓器に転移が見られることで再発・再燃したがんと診断されます。ホルモン治療を行っている間に再発した場合には、再燃と呼ばれることもあります。

治療法により、再発、再燃の定義は異なります（表）。

多くの場合、再発、再燃や前立腺がんの進行が疑われても、すぐ命にかかわるわけではありません。排尿の症状や痛みなどがあるかどうか、などの症状の評価に加えて、PSA 値の変動やこれまでの治療の内容と効果、がんの広がりや転移の状態などに応じて、治療やケアの方針について検討していきます。

（表）治療法と再発、再燃の定義

治 療 法	再発、再燃の定義
手術（前立腺全摘除術）	PSA 値が 0.2 ng/mL 以上になった場合
ホルモン治療	4 週間以上の間隔で測定した PSA 値が最低値から 25% 以上の上昇、かつ上昇幅が 2.0 ng/mL 以上になった場合（図-1）
放射線治療	PSA 値が最低値から 2.0 ng/mL 以上になった場合（図-2）

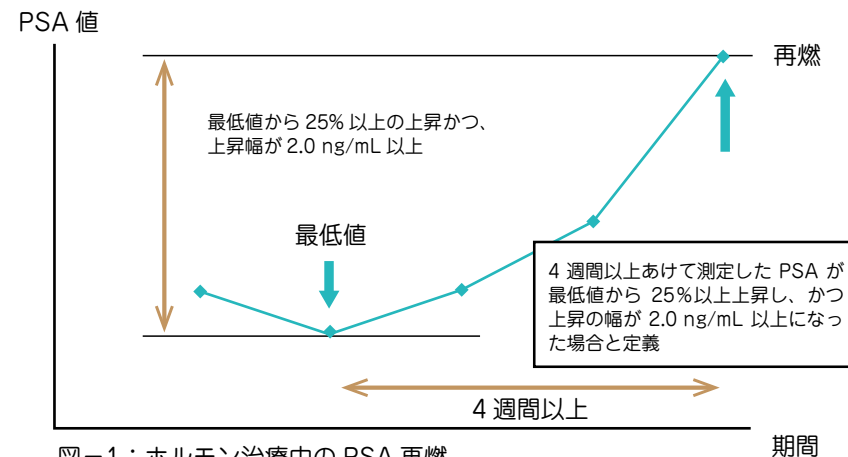


図-1：ホルモン治療中の PSA 再燃

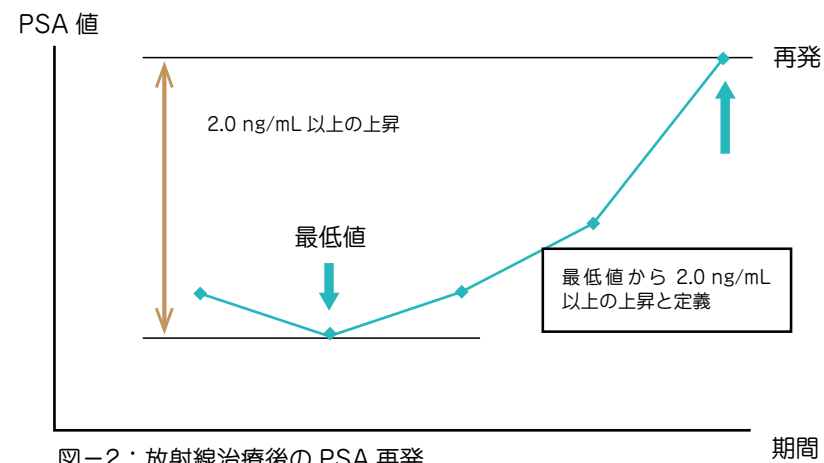


図-2：放射線治療後の PSA 再発

あなたの前立腺がん治療情報

該当する治療法

治療病院でご記入をお願いします。

☐ 手術	
診断時 PSA 値	ng/mL(検査日: 年 月 日)
病理学的病期	Stage() pT() N() M()
グリソンスコア (摘出標本)	GS= +
あなたが受けた手術 (前立腺全摘除術)	
手 術 日	年 月 日
そ の 他	大きな合併症 (無 ・ 有 ;) 追 加 治 療 ()

☐ ホルモン治療	
診断時 PSA 値	ng/mL(検査日: 年 月 日)
臨床病期	Stage() cT() N() M()
グリソンスコア (摘出標本)	GS= +
あなたが受けているホルモン治療	
治療開始日	年 月 日
方 法	☐ LHRH アゴニスト ☐ LHRH アンタゴニスト ☐ LHRH アゴニスト + 抗アンドロゲン剤 ☐ LHRH アンタゴニスト + 抗アンドロゲン剤
使 用 薬 剤	LHRH アゴニスト ☐ ソラデックス 3.6mg ☐ ソラデックス LA10.8mg ☐ リュープリン 3.75mg ☐ リュープリン SR11.25mg ☐ リュープリン PRO22.5mg (最終投与日: 年 月 日) LHRH アンタゴニスト ☐ ゴナックス 80mg (最終投与日: 年 月 日) 抗アンドロゲン剤 ☐ カソデックス ☐ オダイン

該当する治療法

治療病院でご記入をお願いします。

☐ 放射線治療	
診断時 PSA 値	ng/mL(検査日: 年 月 日)
臨床病期	Stage() cT() N() M()
グリソンスコア (摘出標本)	GS= +
あなたが受けた放射線治療	
方 法	☐ 外照射 年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ 小線源治療 年 月 日

緊急連絡先

治療病院でご記入をお願いします。

治療病院名
休日・時間外 TEL
患者支援センター
担 当 医

5年間の検査・治療計画（全体像）

☐ 該当する治療法 治療病院でご記入をお願いします。

★おおまかな受診目安ですが、○ の時は必ず受診、検査してください。
 ★定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。
 ★年 1 回は、治療病院で定期検査を受けましょう。
 ★5 年以後もかかりつけ医、治療病院で引き続きの経過観察を行います。

☐ 手術（p20～p29）

受 診 施 設	かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院		かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院
術 後 期 間	(1～)3ヶ月毎	12ヶ月	(1～)3ヶ月毎	24ヶ月		(1～)3ヶ月毎	36ヶ月	(1～)3ヶ月毎	48ヶ月	(1～)3ヶ月毎	60ヶ月
採 血	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
自 覚 症 状	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○

☐ ホルモン治療（p32～p41）

受 診 施 設	かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院		かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院
治 療 開 始 期 間	(1～)3ヶ月毎	12ヶ月	(1～)3ヶ月毎	24ヶ月		(1～)3ヶ月毎	36ヶ月	(1～)3ヶ月毎	48ヶ月	(1～)3ヶ月毎	60ヶ月
採 血	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
自 覚 症 状	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○

☐ 放射線治療（p44～p52）

受 診 施 設	治療病院	治療病院	かかりつけ医	治療病院		かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院	かかりつけ医	治療病院
治 療 後 期 間	(1～)3ヶ月毎	12ヶ月	(1～)3ヶ月毎	24ヶ月		(1～)3ヶ月毎	36ヶ月	(1～)3ヶ月毎	48ヶ月	(1～)3ヶ月毎	60ヶ月
採 血	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
採 尿	○	○		○			○		○		○
自 覚 症 状	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○

手術(術後1年目)

かかりつけ医	病院名:
	担当医:
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

	受診機関	○治療病院					○かかりつけ医						○治療病院
		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
1年目	受診日 (月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血 PSA 値 (ng/mL)												
患者記入欄	自覚症状 排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり						排尿症状 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください						

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

手術(術後2年目)

かかりつけ医	病院名:
	担当医:
患者氏名	

2年目

受診日
(月/日)

13ヶ月

14ヶ月

15ヶ月

16ヶ月

17ヶ月

医師記入欄

採血 PSA 値 (ng/mL)

患者記入欄

自覚症状 排尿症状

排尿症状
なし・あり

メモ

○かかりつけ医

○かかりつけ医

○治療病院

18ヶ月

19ヶ月

20ヶ月

21ヶ月

22ヶ月

23ヶ月

24ヶ月

/

/

/

/

/

/

/

排尿症状
なし・あり

排尿症状
なし・あり

排尿症状
なし・あり

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

手術(術後3年目)

かかりつけ医	病院名:
	担当医:
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

	受診機関	○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
		25ヶ月	26ヶ月	27ヶ月	28ヶ月	29ヶ月	30ヶ月	31ヶ月	32ヶ月	33ヶ月	34ヶ月	35ヶ月	36ヶ月
3年目	受診日 (月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血 PSA 値 (ng/mL)												
患者記入欄	自覚症状 排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください						

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

手術(術後4年目)

かかりつけ医	病院名:
	担当医:
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

	受診機関	○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
		37ヶ月	38ヶ月	39ヶ月	40ヶ月	41ヶ月	42ヶ月	43ヶ月	44ヶ月	45ヶ月	46ヶ月	47ヶ月	48ヶ月
4年目	受診日 (月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血 PSA 値 (ng/mL)												
患者記入欄	自覚症状 排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください						

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

手術(術後5年目)

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	

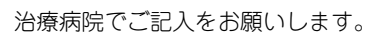


○必ず受診、検査してください

	受診機関	○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
		49ヶ月	50ヶ月	51ヶ月	52ヶ月	53ヶ月	54ヶ月	55ヶ月	56ヶ月	57ヶ月	58ヶ月	59ヶ月	60ヶ月
5年目	受診日 (月/日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血 PSA 値 (ng/mL)												
患者記入欄	自覚症状 排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください						

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

また、5年以後もかかりつけ医、治療病院で経過観察しましょう。



30

31

ホルモン治療(治療1年目)

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○治療病院					○かかりつけ医						○治療病院
1年目	受診日 (月/日)		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血	PSA値 (ng/mL)												
		AST(GOT) (IU/L) ALT(GTP) (IU/L) γ-GTP (IU/L) ALT (IU/L) LDH (IU/L)												
患者記入欄	自覚症状 ほてり、発汗				ほてり なし・あり 発汗 なし・あり			ほてり なし・あり 発汗 なし・あり			ほてり なし・あり 発汗 なし・あり			ほてり なし・あり 発汗 なし・あり
メモ														
薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください														

リュープリンSR11.25mgは12週毎に、PRO22.5mgは24週毎に、ゾラデックスLA10.8mgは12(～13)週毎に投与します。

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

ホルモン治療(治療2年目)

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
2年目	受診日 (月/日)		13ヶ月	14ヶ月	15ヶ月	16ヶ月	17ヶ月	18ヶ月	19ヶ月	20ヶ月	21ヶ月	22ヶ月	23ヶ月	24ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血	PSA値 (ng/mL)												
		AST(GOT) (IU/L) ALT(GTP) (IU/L) γ-GTP (IU/L) ALT (IU/L) LDH (IU/L)												
患者記入欄	自覚症状 ほてり、発汗				ほてり なし・あり 発汗 なし・あり			ほてり なし・あり 発汗 なし・あり						ほてり なし・あり 発汗 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください							

リュープリンSR11.25mgは12週毎に、PRO22.5mgは24週毎に、ゾラデックスLA10.8mgは12(～13)週毎に投与します。

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

ホルモン治療(治療3年目)

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
3年目	受診日 (月/日)		25ヶ月	26ヶ月	27ヶ月	28ヶ月	29ヶ月	30ヶ月	31ヶ月	32ヶ月	33ヶ月	34ヶ月	35ヶ月	36ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血	PSA値 (ng/mL)												
		AST(GOT) (IU/L) ALT(GTP) (IU/L) γ-GTP (IU/L) ALT (IU/L) LDH (IU/L)												
患者記入欄	自覚症状 ほてり、発汗				ほてり なし・あり 発汗 なし・あり			ほてり なし・あり 発汗 なし・あり						ほてり なし・あり 発汗 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください							

リュープリンSR11.25mgは12週毎に、PRO22.5mgは24週毎に、ゾラデックスLA10.8mgは12(～13)週毎に投与します。

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

ホルモン治療(治療4年目)

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
4年目	受診日 (月/日)		37ヶ月	38ヶ月	39ヶ月	40ヶ月	41ヶ月	42ヶ月	43ヶ月	44ヶ月	45ヶ月	46ヶ月	47ヶ月	48ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
医師記入欄	採血	PSA値 (ng/mL)												
		AST(GOT) (IU/L) ALT(GTP) (IU/L) γ-GTP (IU/L) ALT (IU/L) LDH (IU/L)												
患者記入欄	自覚症状 ほてり、発汗				ほてり なし・あり 発汗 なし・あり			ほてり なし・あり 発汗 なし・あり						ほてり なし・あり 発汗 なし・あり
メモ														
薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください														

リュープリンSR11.25mgは12週毎に、PRO22.5mgは24週毎に、ゾラデックスLA10.8mgは12(～13)週毎に投与します。

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

ホルモン治療(治療5年目)

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
5年目	受診日 (月/日)		49ヶ月	50ヶ月	51ヶ月	52ヶ月	53ヶ月	54ヶ月	55ヶ月	56ヶ月	57ヶ月	58ヶ月	59ヶ月	60ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
医師記入欄	採血	PSA値 (ng/mL)												
		AST(GOT) (IU/L) ALT(GTP) (IU/L) γ-GTP (IU/L) ALT (IU/L) LDH (IU/L)												
患者記入欄	自覚症状 ほてり、発汗				ほてり なし・あり 発汗 なし・あり			ほてり なし・あり 発汗 なし・あり						ほてり なし・あり 発汗 なし・あり
メモ														
								薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください						

リュープリンSR11.25mgは12週毎に、PRO22.5mgは24週毎に、ゾラデックスLA10.8mgは12(～13)週毎に投与します。

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。
また、5年以後もかかりつけ医、治療病院で経過観察しましょう。

放射線治療（治療後1年目）

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○治療病院					○治療病院							○治療病院
1年目	受診日 (月/日)		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月	
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
医師記入欄	採血	PSA 値 (ng/mL)													
	尿検査														
患者記入欄	自覚症状	排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり	
		排便症状			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり	
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください								

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

放射線治療（治療後2年目）

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
2年目	受診日 (月/日)		13ヶ月	14ヶ月	15ヶ月	16ヶ月	17ヶ月	18ヶ月	19ヶ月	20ヶ月	21ヶ月	22ヶ月	23ヶ月	24ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血	PSA 値 (ng/mL)												
		尿検査												
患者記入欄	自覚症状	排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり
		排便症状			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください							

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

放射線治療（治療後3年目）

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
3年目	受診日 (月/日)		25ヶ月	26ヶ月	27ヶ月	28ヶ月	29ヶ月	30ヶ月	31ヶ月	32ヶ月	33ヶ月	34ヶ月	35ヶ月	36ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
医師記入欄	採血	PSA 値 (ng/mL)												
	尿検査													
患者記入欄	自覚症状	排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり
		排便症状			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり
メモ														
薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください														

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

放射線治療（治療後4年目）

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
4年目	受診日 (月/日)		37ヶ月	38ヶ月	39ヶ月	40ヶ月	41ヶ月	42ヶ月	43ヶ月	44ヶ月	45ヶ月	46ヶ月	47ヶ月	48ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
医師記入欄	採血	PSA 値 (ng/mL)												
	尿検査													
患者記入欄	自覚症状	排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり
		排便症状			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり
メモ														
薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください														

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

放射線治療（治療後5年目）

かかりつけ医	病院名：
	担当医：
患者氏名	



○必ず受診、検査してください

受診機関			○かかりつけ医					○かかりつけ医						○治療病院
5年目	受診日 (月/日)		49ヶ月	50ヶ月	51ヶ月	52ヶ月	53ヶ月	54ヶ月	55ヶ月	56ヶ月	57ヶ月	58ヶ月	59ヶ月	60ヶ月
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
医師記入欄	採血	PSA値 (ng/mL)												
	尿検査													
患者記入欄	自覚症状	排尿症状			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり			排尿症状 なし・あり
		排便症状			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり			排便症状 なし・あり
メモ							薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください							

おおまかな受診目安です。定期受診日以外でも必要があれば診察しますので、かかりつけ医に相談しましょう。

また、5年後もかかりつけ医、治療病院で経過観察しましょう。

放射線治療 通信欄（かかりつけ医・治療病院 兼用）



治療病院でご記入をお願いします。

[illegible]

治療病院でご記入をお願いします。

[illegible]

正しい情報を活用しましょう

がん医療に関する幅広い情報提供や相談支援を行っています。気になったら、まず相談を

がん診療連携拠点病院の「がん相談」担当窓口

	医療機関名(担当部署)	電話番号	所在地
国指定	広島大学病院(がん治療センター)	(082)257-1525	広島市
	県立広島病院(がん相談支援センター)	(082)256-3561	広島市
	広島市立広島市民病院(がん相談支援センター)	(082)221-1351	広島市
	広島赤十字・原爆病院(がん相談支援センター)	(082)241-3477	広島市
	広島市立安佐市民病院(がん相談支援センター)	(082)815-5533	広島市
	広島総合病院(がん相談支援センター)	(0829)36-3270	廿日市市
	呉医療センター(がん相談支援センター)	(0823)24-6358	呉市
	東広島医療センター(がん相談支援センター)	(082)423-2179 (内線:6227)	東広島市
	尾道総合病院(医療福祉支援センター)	(0848)22-8111 (内線:3108)	尾道市
	福山市民病院(がん相談支援センター)	(084)941-5151 (内線:3147)	福山市
県指定	市立三次中央病院(がん相談支援センター)	(0824)65-0101	三次市
	呉共済病院(がん相談支援センター)	(0823)22-2111 (内線:5160)	呉市
	中国労災病院(がん相談支援センター)	(0823)72-7171	呉市
	福山医療センター(がん相談支援センター)	(084)922-0001 (内線:7137)	福山市
	中国中央病院(がん相談支援センター)	(084)970-2284	福山市

★病院によっては、予約が必要な場合もありますので、事前にご確認ください。

広島県のがん情報

広島県のがんに関するお役立ち情報『広島がんネット』

広島がんネット 検索

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/>

県内の患者団体等が開催する患者サロンの情報も掲載しています。

県内のがん患者団体（「広島がんネット」から「がん全般」を抜粋）

患者団体	所在地	連絡先	主な患者種別・対象疾患
がん患者さん・家族・支援者のつとめこころの駅舎	東広島市	082-493-7360	がん全般
がん体験者の会 とま〜れ	三次市	090-4650-8184	がん全般
がん体験者の会 とま〜れ・県北	三次市	0824-65-0101	がん全般
キャンサーサバイバー・キャリアサポート	広島市中区	050-5317-4505	がん全般
広島がんサポート	広島市中区	082-962-8505	がん全般
広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部	竹原市	0846-26-3788	がん全般
びんご・生と死を考える会	福山市	090-6842-7519	がん全般

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

発行：平成 28 年 12 月
改訂：平成 30 年 3 月
改訂：令和 元 年 7 月

**広島県地域保健対策協議会
前立腺がんクリニカルパス検討 WG**

- 広島県地域保健対策協議会
〒732-0057 広島県広島市東区二葉の里 3 丁目 2 番 3 号
TEL (082) 568-1511
- 広島県健康福祉局がん対策課
〒730-8511 広島市中区基町 10-52
TEL (082) 513-3063