

# 診療情報提供書〈新規用〉

年 月 日

傷病名	前立腺がん疑い	紹介元No	
紹介目的	前立腺生検目的	病院ID	

フリガナ		住所	〒(      -      )
患者名			
生年月日	T・S    年    月    日生 (    歳)		(TEL:      -      -      )

紹介元医療機関	①PSA検査結果【診療所→病院】
	検査日 (平成    年    月    日 )
	PSA値 (                  ng/ml)      F/T比 (                  %)
	抗血小板・抗凝固剤 薬剤名(                                  ) ・ 無
【コメント欄(経過)】	

紹介先医療機関	②精密検査【病院→診療所】
泌尿器科  先生 御侍史	初回受診日 (平成    年    月    日 )
	<input type="checkbox"/> 直腸指診所見
	<input type="checkbox"/> エコー所見
	<input type="checkbox"/> MRI所見
<input type="checkbox"/> PSA再検査値 (                  ng/ml)	<input type="checkbox"/> 生検所見
<input type="checkbox"/> F/T比 (                  %)	
<input type="checkbox"/> PSAD (                  ng/ml/cc)	

【治療方針】  <input type="checkbox"/> 癌あり(ガイドラインに基づいて治療を行います) <input type="checkbox"/> 癌なし(下記要領にて経過観察をお願いします) <input type="checkbox"/> ヶ月毎にPSA検査をお願いします <input type="checkbox"/> PSAが                  ng/ml以上の時紹介をお願いします  <input type="checkbox"/> その他
---