

■かかりつけ医にお願いしたいこと

1. 診療情報提供書(250点)の算定

①がん治療連携計指導料(300点) / 月1回は算定できません。

診療情報提供書を必ず作成し、診療情報提供料(250点)の算定をお願いいたします。

なお、情報共有のためにパスの記載をお願いします。

2. PSA検査の保険請求について

①前立腺がん疑いの患者さんの保険診療では、3ヶ月ごとに3回までのPSA測定が認められています。

(4ヶ月ごとに病名の転帰を変えてください。)

3. 手帳の記入

①P1のかかりつけ医療機関の記載(スタンプ可)をお願いします。

②経過観察表の上部は病院医師(専門医師)が記入します。

逆紹介のタイミングの参考にしてください。

③P7記載の間隔でPSA測定をお願いします。
※専門医に伝達が必要な場合にはP9の通信欄等をご利用下さい。

PSAが高値で前立腺がんが疑われ、精密検査の結果、がんなしと診断された方へ

●今後も、血液検査(PSA測定)を定期的に行なうことをおすすめします。もしもPSAの値がさらに上昇したり、がんが疑われる症状が現れたりしたら、再度泌尿器科専門医での精密検査が必要となります。

かかりつけ医療機関

施設名
ID
担当医

専門施設

施設名
ID
担当医

経過観察表

前立腺肥大症、脱毛症のための抗アンドロゲン薬治療

なし 有り

()ヶ月毎のPSA検査による経過観察を受けてください。

以下の状態になったとき、専門施設に紹介となります。

生検後()年・ヶ月経過したとき

PSA値が()ng/mlを超えたとき

その他()

通信欄 (かかりつけ医療機関・専門施設 兼用)

年月日	コメント	サイン

患者の状態等により任意にPSAの値や検査間隔を設定することがあります。

年月日	PSA値
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml

4. 保険請求の注意事項

①診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行なった場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として1回を限度として算定する。ただし、PSAの検査結果が4.0 ng/mL以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を上限として算定できる。

なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

②前立腺癌の確定診断がつかずPSAを2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」（当該と表示し、当該検査の実施年月日及び検査値をすべて記載する必要がある。

③検査値が判明しないため、やむを得ず記載することができない場合には、その旨を診療報酬明細書に記載することで差し支えない。

④前立腺がん疑いの病名転帰を前回の検査実施日で「中止」とし、当月の実施に前立腺がん疑いを追加してください。

〈記載例〉

PSAを平成24年4月5日、7月13日、10月22日に3回実施した場合

【4月診療分レセプト】

⑥0 PSA	140×1
--------	-------

【7月診療分レセプト】

⑥0 PSA	140×1
(未確)	
平成24年 4月 5日実施	検査値：4.1 ng/mL
平成24年 7月13日実施	検査値：4.2 ng/mL

【10月診療分レセプト】

⑥0 PSA	140×1
(未確)	
平成24年 4月 5日実施	検査値：4.1 ng/mL
平成24年 7月13日実施	検査値：4.2 ng/mL
平成24年10月22日実施	検査値：4.2 ng/mL