

東京都 P S A 手帳運用手順書 かかりつけ医用



東京都では、「東京都 PSA 手帳 (PSA フォロー手帳)」を運用しています。「東京都 PSA 手帳」(以下、手帳)は、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患者さんを対象としたものです。

1 手帳の確認・記入

- ① P1 の赤枠内「かかりつけ医」の項目について、記載 (スタンプ可) をお願いいたします。
- ② P5・6 には専門病院での検査結果が記載されていますので、ご確認ください。
- ③ P7 上部の緑枠内は、専門病院が PSA 測定の間隔及び紹介のタイミングを記入していますので、参考にしてください。
- ④ P7・8 「経過観察表」について、赤枠内の記入をお願いいたします。
- ⑤ 専門病院への伝達事項がある場合には P9・10 「通信欄」をご利用下さい。

※ P9・10 の「通信欄」は、お互いの診療状況を把握するため、専門病院とかかりつけ医の両方がそれぞれ記入します。

P1

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

○ この手帳は、専門病院とかかりつけ医が役割分担をして、相互に連絡しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供するためのものです。

○ 今後、血液検査 (PSA測定) を定期的に受ける必要があります。もしも PSAの高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。

○ 他の医療機関を訪問する場合でも、お薬手帳と一緒にこの手帳をお持ちください。

○ 手帳に関するお問い合せは、専門病院へご連絡ください。

○ 赤枠内「かかりつけ医」の項目について、記載 (スタンプ可) をお願いいたします。

専門病院	かかりつけ医
T E L	T E L
I D	I D
主治医	主治医

P5

これまでの PSA値

20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %
20 年 月 日	ng/mL, F/T %

○ このページは専門病院で記載します。

今後の生検

生検 (20 年 月 日) - 実施済

方法: 経嚥部・経会陰・経直腸
本数: 本
結果: がんなし

経直腸超音波検査

生検 (20 年 月 日) - 実施済

細立線径: _____ mL

PI-RADS:

その他特記事項

20 年 月 日	指触
20 年 月 日	指触
20 年 月 日	指触
20 年 月 日	指触

P7

経過観察表

精密検査後、前立腺がんの診断が確定した場合

なし () あり ()

○ 下記の内容に基づき、経過観察表を記入してください。

○ 以下の状況になったとき、専門病院に紹介となります。

○ 臨床検査 () 年 () 月以降測定する

○ PSA値が () ng/mLを超えたとき

○ 赤枠内「経過観察表」の項目について、記入をお願いいたします。

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
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

P9

通信欄 (かかりつけ医・専門病院 兼用)

年月日	コメント	サイン	年月日	コメント	サイン

2 診療情報提供書（250点）の算定

がん治療連携指導料の算定はできません。

専門病院へ紹介するときは、診療情報提供書を別に作成し、**診療情報提供料（250点）**（令和2年4月現在）の算定をお願いいたします。なお、情報共有のため手帳をご活用ください。

※診療報酬の算定要件については、厚生労働省告示等をご確認ください。