

前立腺がん術後 連携指導書

愛大の担当者

愛媛大学医学部附属病院
泌尿器科 担当医 先生 待史
Fax: 089-960-5959

TMSCのFAX番号

送信日: 令和 年 月 日
〇〇医院

TEL:
FAX:
連携先の名称
電話・FAX番号

パス名称

月 日がん治療連携指導として、 様に対し、以下の診療を行った。

前立腺全摘出術 共同診療計画書に基づき、 月 日目のフォロー

患者の自覚症状に基づく診療、または処置・処方

共同診療の内容のうち、
特に知らせて欲しい情報

PSA 値 採血日 月 日 (_____ pg/ml)

尿失禁の状態 (問題なし 問題有り)

排尿困難 (問題なし 問題有り)

投薬 (あり なし)

[処方]

[コメント]

ID :

前立腺がん 診療連携指導書

- 先生方のFAX番号を入れてご用意します。
- 主要な観察項目をチェックしていただく。
- お気づきの点があればご教示ください。

※採血データはできれば
連携指導書と一緒にFAXを
お願いします。