

紹介元ID		紹介先ID	
フリガナ		住所	〒
患者名			
生年月日	T・S 年 月 日(歳)	電話	()

紹介元医療機関	①PSA検査結果
医師名()	検査日 (年 月 日)
	PSA値 (ng/ml)
	抗血小板・抗凝固剤 薬剤名()・無
【コメント欄】	

紹介先医療機関	②精密検査
和泉市立総合医療センター 泌尿器科 医師名()	初回受診日 (年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 直腸指診所見
<input type="checkbox"/> PSA再検査値 (ng/ml)	<input type="checkbox"/> エコー所見
<input type="checkbox"/> F/T比 (%)	<input type="checkbox"/> MRI所見
<input type="checkbox"/> PSAD (ng/ml/cc)	<input type="checkbox"/> 生検所見

【治療方針】 <input type="checkbox"/> がん あり(ガイドラインに基づいて治療を行います) <input type="checkbox"/> がん なし(下記要領にて経過観察をお願いします) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ヶ月毎にPSA検査をお願いします <input type="checkbox"/> ヶ月毎に定期紹介をお願いします <input type="checkbox"/>PSAが ng/ml以上の時紹介をお願いします

③経過観察(PSA検査)			
年 月 日	ng/ml	年 月 日	ng/ml
年 月 日	ng/ml	年 月 日	ng/ml