あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20　年　月　日	
	○ ロボット手術	○ 去勢術（20　年　月　日）
	○ 開腹摘除術	○ LH-RH製剤（　　）
	○ 鏡視下手術	○ 内服薬（　　）

1年目			許容範囲	治療病院 20 年 月 日	1ヶ月 20 年 月 日	2ヶ月 20 年 月 日	3ヶ月 20 年 月 日
目　標			全摘除術後：強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法：継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0				
		AST	<30				
		ALT	<42				
		ALP	<338				
		LDL-c	<139				
		Cr	<1.0				
		HbA1c	<6.2%				
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度				
		尿もれ	軽度				
		排尿困難	軽度				
		頻尿	軽度				
		血便	なし				
		血尿	なし				
		体重	前回より±1kg以内				
治療病院の実施欄	かかりつけ医・	検査	採血				
		治療	注射				
			処方				

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

名　　前：＿＿＿＿＿＿　治療病院ID：＿＿＿＿＿＿

放射線療法
20　年　月～　月
○ 原体照射
○ IMRT／SBRT
○ 小線源
○ 重粒子線／陽子線

治療病院への再受診の基準
全摘除術後： PSA≧0.2 または 強い排尿障害
ホルモン療法中・放射線療法後： PSA≧2.0 または 強い副作用

4ヶ月 20 年 月 日	5ヶ月 20 年 月 日	6ヶ月 20 年 月 日	7ヶ月 20 年 月 日	8ヶ月 20 年 月 日	9ヶ月 20 年 月 日	10ヶ月 20 年 月 日	11ヶ月 20 年 月 日
全摘除術後：PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法：PSAが2.0未満で経過する					その他のPSA基準：		

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20　年　月　日	
	○ ロボット手術	○ 去勢術（20　年　月　日）
	○ 開腹摘除術	○ LH-RH製剤（　　）
	○ 鏡視下手術	○ 内服薬（　　）

名　　前：＿＿＿＿＿＿　治療病院ID：＿＿＿＿＿＿

放射線療法
20　年　月～　月
○ 原体照射
○ IMRT／SBRT
○ 小線源
○ 重粒子線／陽子線

治療病院への再受診の基準
全摘除術後： PSA≧0.2 または 強い排尿障害
ホルモン療法中・放射線療法後： PSA≧2.0 または 強い副作用

2年目			許容範囲	治療病院 20　年 月　日	1ヶ月 20　年 月　日	2ヶ月 20　年 月　日	3ヶ月 20　年 月　日
目　標			全摘除術後：強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法：継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0				
		AST	<30				
		ALT	<42				
		ALP	<338				
		LDL-c	<139				
		Cr	<1.0				
		HbA1c	<6.2%				
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度				
		尿もれ	軽度				
		排尿困難	軽度				
		頻尿	軽度				
		血便	なし				
		血尿	なし				
		体重	前回より±1kg以内				
治療病院の実施欄	かかりつけ医・	検査	採血				
		治療	注射				
			処方				

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

4ヶ月 20　年 月　日	5ヶ月 20　年 月　日	6ヶ月 20　年 月　日	7ヶ月 20　年 月　日	8ヶ月 20　年 月　日	9ヶ月 20　年 月　日	10ヶ月 20　年 月　日	11ヶ月 20　年 月　日
全摘除術後：PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法：PSAが2.0未満で経過する					その他のPSA基準：		
★3ヶ月毎の水色の欄は必須です							

治療病院の受診予約はお済ですか？

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20　年　月　日	
	○ ロボット手術	○ 去勢術（20　年　月　日）
	○ 開腹摘除術	○ LH-RH製剤（　　）
	○ 鏡視下手術	○ 内服薬（　　）

名　　前：＿＿＿＿＿＿　治療病院ID：＿＿＿＿＿＿

放射線療法
20　年　月～　月
○ 原体照射
○ IMRT／SBRT
○ 小線源
○ 重粒子線／陽子線

治療病院への再受診の基準
全摘除術後： PSA≧0.2 または 強い排尿障害
ホルモン療法中・放射線療法後： PSA≧2.0 または 強い副作用

3年目			許容範囲	治療病院 20 年 月 日	1ヶ月 20 年 月 日	2ヶ月 20 年 月 日	3ヶ月 20 年 月 日
目　標			全摘除術後：強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法：継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0				
		AST	<30				
		ALT	<42				
		ALP	<338				
		LDL-c	<139				
		Cr	<1.0				
		HbA1c	<6.2%				
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度				
		尿もれ	軽度				
		排尿困難	軽度				
		頻尿	軽度				
		血便	なし				
		血尿	なし				
		体重	前回より±1kg以内				
治療病院の実施欄	かかりつけ医・	検査	採血				
		治療	注射				
			処方				

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

4ヶ月 20 年 月 日	5ヶ月 20 年 月 日	6ヶ月 20 年 月 日	7ヶ月 20 年 月 日	8ヶ月 20 年 月 日	9ヶ月 20 年 月 日	10ヶ月 20 年 月 日	11ヶ月 20 年 月 日
全摘除術後：PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法：PSAが2.0未満で経過する					その他のPSA基準：		

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20　年　月　日	
	○ ロボット手術	○ 去勢術（20　年　月　日）
	○ 開腹摘除術	○ LH-RH製剤（　　）
	○ 鏡視下手術	○ 内服薬（　　）

名　　前：＿＿＿＿＿＿　治療病院ID：＿＿＿＿＿＿

放射線療法
20　年　月～　月
○ 原体照射
○ IMRT／SBRT
○ 小線源
○ 重粒子線／陽子線

治療病院への再受診の基準
全摘除術後： PSA≧0.2 または 強い排尿障害
ホルモン療法中・放射線療法後： PSA≧2.0 または 強い副作用

4年目			許容範囲	治療病院 20　年 月　日	1ヶ月 20　年 月　日	2ヶ月 20　年 月　日	3ヶ月 20　年 月　日	4ヶ月 20　年 月　日	5ヶ月 20　年 月　日	6ヶ月 20　年 月　日	7ヶ月 20　年 月　日	8ヶ月 20　年 月　日	9ヶ月 20　年 月　日	10ヶ月 20　年 月　日	11ヶ月 20　年 月　日
目　標			全摘除術後：強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法：継続困難な副作用がない					全摘除術後：PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法：PSAが2.0未満で経過する					その他のPSA基準：		
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0												
		AST	<30												
		ALT	<42												
		ALP	<338												
		LDL-c	<139												
		Cr	<1.0												
		HbA1c	<6.2%												
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度												
		尿もれ	軽度												
		排尿困難	軽度												
		頻尿	軽度												
		血便	なし												
		血尿	なし												
		体重	前回より±1kg以内												
治療病院の実施欄	かかりつけ医・	検査	採血												
		治療	注射												
			処方												

治療病院の受診予約はお済ですか？

★3ヶ月毎の水色の欄は必須です

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

あなたの治療内容	全摘除術	ホルモン療法
	20　年　月　日 ○ ロボット手術 ○ 開腹摘除術 ○ 鏡視下手術	○ 去勢術（20　年　月　日） ○ LH-RH製剤（　　） ○ 内服薬（　　）

5年目			許容範囲	治療病院 20 年 月 日	1ヶ月 20 年 月 日	2ヶ月 20 年 月 日	3ヶ月 20 年 月 日
目　標			全摘除術後：強い排尿障害がない ホルモン・放射線療法：継続困難な副作用がない				
あなたの状態	医療機関記入欄	PSA	<0.2・<2.0				
		AST	<30				
		ALT	<42				
		ALP	<338				
		LDL-c	<139				
		Cr	<1.0				
		HbA1c	<6.2%				
	ご自身で記入してください	ほてり・発汗	軽度				
		尿もれ	軽度				
		排尿困難	軽度				
		頻尿	軽度				
		血便	なし				
		血尿	なし				
		体重	前回より±1kg以内				
かかりつけ医・治療病院の実施欄		検査	採血				
		治療	注射				
			処方				

※説明・指導内容は適宜通信欄へご記載ください。

名　　前：＿＿＿＿＿＿　治療病院ID：＿＿＿＿＿＿

放射線療法	治療病院への再受診の基準
20　年　月～　月 ○ 原体照射 ○ IMRT／SBRT ○ 小線源 ○ 重粒子線／陽子線	全摘除術後： PSA≧0.2 または 強い排尿障害 ホルモン療法中・放射線療法後： PSA≧2.0 または 強い副作用

4ヶ月 20 年 月 日	5ヶ月 20 年 月 日	6ヶ月 20 年 月 日	7ヶ月 20 年 月 日	8ヶ月 20 年 月 日	9ヶ月 20 年 月 日	10ヶ月 20 年 月 日	11ヶ月 20 年 月 日
全摘除術後：PSAが0.2未満で経過する ホルモン・放射線療法：PSAが2.0未満で経過する					その他のPSA基準：		

★3ヶ月毎の水色の欄は必須です

治療病院の受診予約はお済ですか？

5年目以降の経過観察の方法について主治医と相談してください。