

# 膀胱がん術後 治療計画書

○●=必須

大崎市民病院 泌尿器科 (代表:0229-23-3311)

患者情報

(MMC膀胱内注入療法 地域連携パス)

▲=必要時

連携医療機関( ) 電話: ( )

氏名	様	市民病院ID:
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別 男・女

		術後	退初回 院時・来	2 週後	4 週後	6 週後	8 週後	1 0週後	1 2週後	3 か月	2 週後	4 週後	6 週後	8 週後	1 0週後	1 2週後	6 か月	2 週後	4 週後	6 週後	8 週後	1 0週後	1 2週後	1 4週後	1 6週後	1 8週後	2 0週後	2 2週後	2 4週後	2 6週後			
		予定日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
診察	問診	血尿症状の有無																															
		残尿感症状の有無																															
		頻尿症状の有無																															
		排尿時の強い痛み症状の有無	●	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		副作用症状の有無																															
		一般的診察での異常の有無																															
治療	MMC膀胱内注入 (患者さんの副作用により実施しない 場合や、患者さんの通院時間により 月1回の場合もあります。)			○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	処方			○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
指導	治療連携指導			○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
検査	膀胱鏡検査									●							●																
	エコー検査									▲							▲																
	尿(細胞診)検査									▲							▲																
	その他																																

患者さんへ  
ご自身でもチェック  
していきましょう。

- 備考 1. 大崎市民病院における退院後の初回診察は病理検査結果などの説明のため1ヶ月目に設定していますが、以後は6か月までは3ヶ月毎、その後は6か月ごとの受診になります。  
2. 連携医療機関での診察間隔は原則2週間毎となっておりますが、患者様の副作用や病状によって治療を延期・中止する場合があります。

## 患者情報②

治療計画策定日 平成 年 月 日

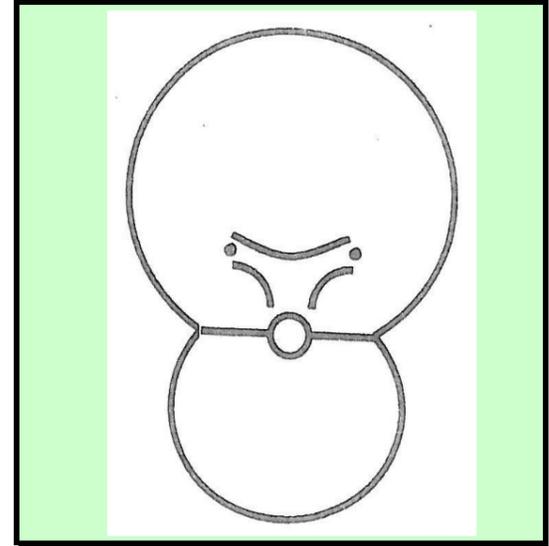
がん治療連携計画策定料  
算定あり 算定なし

※がん治療目的の初回入院であること  
※退院後30日以内に受診し治療計画の説明をして同意を得た上で、連携医療機関へ紹介すること

## 手術情報

術前補助療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> M-VAC化学療法 <input type="checkbox"/> 動脈内注入化学療法 <input type="checkbox"/> GC化学療法			
手術日	平成 年 月 日	手術術式	<input checked="" type="checkbox"/> 経尿道的膀胱腫瘍切除術	
病理所見	<input type="checkbox"/> 尿路上皮癌 <input type="checkbox"/> 腺細胞癌 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌		上皮内がんの併存	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
Grade	>	臨床病期	病理病期	

## 膀胱鏡検査



大崎市民病院泌尿器科 説明日:平成 年 月 日

別紙「治療計画のご案内」及び治療計画書について説明しました。

主治医: 看護師:

治療計画について説明を受け同意します。 同意日:平成 年 月 日

患者氏名: 同意者氏名: 続柄: ( )

かかりつけ医: 説明日:平成 年 月 日

別紙「治療計画のご案内」及び治療計画書について説明しました。

主治医: 看護師:

治療計画について説明を受け同意します。 同意日:平成 年 月 日

患者氏名: 同意者氏名: 続柄: ( )

術後		1年	2週後	4週後	6週後	8週後	10週後	12週後	14週後	16週後	18週後	20週後	22週後	24週後	26週後	1年6か月	2週後	4週後	6週後	8週後	10週後	12週後	14週後	16週後	18週後	20週後	22週後	24週後	26週後	2年	
予定日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
診察	問診	●	血尿症状の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	残尿感症状の有無		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	頻尿症状の有無		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	排尿時の強い痛み症状の有無		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	副作用症状の有無		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	一般的診療での異常の有無		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
治療	MMC膀胱内注入 (患者さんの副作用により実施しない場合や、患者さんの通院時間により月1回の場合もあります。)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	処方	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
指導	治療連携指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
検査	膀胱鏡検査	●														●														●	
	エコー検査	▲														▲														▲	
	尿(細胞診)検査	▲														▲														▲	
	その他																														

患者さんへ  
ご自身でもチェック  
していきましょう。