

前立腺がんのサーベイランス

次回受診予定		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
受 診 日		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
診 察 所 見 （ 医 師 記 載 ）	実 施 検 査	☐ 腫瘍マーカー PSA (ng/ml)		☐ 腫瘍マーカー PSA (ng/ml)		☐ 腫瘍マーカー PSA (ng/ml)		☐ 腫瘍マーカー PSA (ng/ml)		☐ 腫瘍マーカー PSA (ng/ml)		☐ 腫瘍マーカー PSA (ng/ml)				
	所見記載欄															
		医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()				
	医療費区分	☐ 保険診療 ☐ 自費診療		☐ 保険診療 ☐ 自費診療		☐ 保険診療 ☐ 自費診療		☐ 保険診療 ☐ 自費診療		☐ 保険診療 ☐ 自費診療		☐ 保険診療 ☐ 自費診療				
備 考 (血縁者の情報を医療者と) 共有し、相談しましょう)																