東京都PSA手帳

（PSAフォロー手帳）

東京都がん診療連携協議会・東京都医師会・東京都福祉保健局

2020年7月改訂

PSAが高値で前立腺がんが疑われ、精密検査の結果、「がんなし」と診断された方へ

○ この手帳は、専門病院とかかりつけ医が役割分担をして、相互に連携しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供するためのものです。

○ 今後も、血液検査（PSA測定）を定期的に行なうことをおすすめします。もしも PSAの値がさらに上昇したり、がんが疑われる症状が現れたりしたら、再度泌尿器科専門医での精密検査が必要になります。

○ 他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒にこの手帳をお持ちください。

○ 手帳に関するお問い合わせは、専門病院へご連絡ください。

専門病院
TEL
ID
主治医
かかりつけ医
TEL
ID
主治医

※この「東京都PSA手帳」は、東京都がん診療連携協議会で作成しています。

患者さんは、本ページの各項目をご記入ください。

お名前	
生年月日	（西暦）　年　月　日

既往歴

アレルギー（薬、食べ物等）

現在治療中の病気および内服薬

前立腺肥大症と男性型脱毛症の治療薬のなかにはPSA値を（見かけ上）低下させるものがあります。（14ページ参照）

前立腺肥大症　あり（治療薬　　）
なし

男性型脱毛症　あり（治療薬　　）
なし

その他の病気および治療薬

※内服薬については、お薬手帳がある時は記入不要です。

前立腺がんの検査と診断

①スクリーニング

前立腺がん疑いの方をふるいわけします

- 血液検査　（PSA測定）
- 直腸指診
- 経直腸エコー
- MRI

②確定診断

前立腺を針で穿刺し組織を採取し、がんの有無を調べます

- 針生検

③病期診断

がんの拡がりを調べます

- CT、MRI
- 骨シンチグラフィー

PSA検査が前立腺がんの早期発見のためには最も有用です。

PSAとは前立腺特異抗原（Prostate Specific Antigen）のことで、前立腺がんの腫瘍マーカーです。

○ PSAの正常値は、4.0ng/mL以下です。4.0ng/mL以下でもがんがみつかることがありますし、異常ならば必ず前立腺がんがあるというわけではありません。がんの確率は4.0～10.0ng/mLでは25～30％、10.0ng/mLを超える場合には50～80％です。

○ MRI所見により前立腺生検の適応を決めることもあります。

○ 最終的な診断をするためには、前立腺生検が必要です。細い針で前立腺を穿刺して（通常10～12ヶ所以上）、前立腺組織を採取し顕微鏡で調べます。

○ 前立腺生検で前立腺がんと診断された場合には、がんの拡がりを調べるために、CT、MRIや骨シンチグラフィーのような画像診断を行ないます。

これまでのPSA値

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

20____年____月____日_____ng/mL、F/T_____%

これまでの生検歴

20____年____月____日 :所見

20____年____月____日 :所見

20____年____月____日 :所見

20____年____月____日 :所見

今回の生検

施行（20____年____月____日）・未施行

方法:　経直腸・経会陰・併用

本数:　_____本

結果:　がんなし

経直腸超音波検査

施行（20____年____月____日）・未施行

前立腺体積: _____mL

P S A D: _____ng/mL/mL

その他所見:

MRI

施行（20____年____月____日）・未施行

所　見:

PI-RADS:

その他特記事項

経過観察表

前立腺肥大症、脱毛症のための抗アンドロゲン薬治療

なし　　あり

(　　)ヶ月毎のPSA検査による経過観察を受けてください。

以下の状態になったとき、専門病院に紹介となります。

□生 検 後 (　　)年・(　　)ヶ月経過したとき

□PSA値が (　　)ng/mLを超えたとき

□そ の 他 (　　)

	PSA値
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL

保険診療では、3ヶ月ごとに3回までのPSA測定が認められています。

	PSA値
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL
20　年　月　日	ng/mL

通信欄（かかりつけ医・専門病院 兼用）

年　月　日	コメント	サ　イ　ン

年　月　日	コメント	サ　イ　ン

自由記載欄（患者さん用）

年　月　日	メ　モ

年　月　日	メ　モ

自由記載欄（患者さん用）

年　月　日	メ　モ

PSA値に影響をあたえる薬剤

前立腺肥大症と男性型脱毛症の治療に抗アンドロゲン薬が使用されることがあります。抗アンドロゲン薬によりPSA値は（見かけ上）約半分に低下します。以下の５種類の抗アンドロゲン薬を処方されている場合には必ずお申し出ください。

前立腺肥大症治療薬

【クロルマジノン酢酸エステル】

プロスタール錠、酢酸クロルマジノンEMEC錠、アプタコール錠、ヴェロニカ錠、エフミン錠、キシリノン錠、クロキナン錠、ゲシン錠、サキオジール錠、ジルスタンL、パパコール錠、プラクサン錠、プレストロン錠、プロコサイド、プロスタット錠、プロターゲン錠、ルトラール、レコルク錠、ロンステロン錠など

【アリルエストレノール】

パーセリン錠、アランダール錠、エルモラン錠、コバレノール錠、サルミコール錠、ペリアス錠、メイエストン錠など

【デュタステリド】

アボルブ カプセルなど

男性型脱毛症治療薬

【フィナステリド】

プロペシア錠など

【デュタステリド】

ザガーロ カプセルなど

注：後発品ジェネリックが追加承認される可能性があります。
　不明の際には処方元もしくは薬局にご確認ください。