送信先　FAX：0985-85-6958

宮崎大学泌尿器科　月野浩昌　宛

## 初回登録用紙

　この登録用紙は貴院で PSA パスに登録した際に下記を記入していただき、大学病院へ FAX していただけないでしょうか。（大学より紹介された患者さんは既に登録されておりますので、FAX は不要です。）

御施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名

患者生年月日

どの PSA パスに登録致しましたでしょうか。あてはまるものに〇をつけてください。

１．**前立腺癌手術後　PSA パス**

２．**前立腺癌放射線治療後　PSA パス**

３．**前立腺癌内分泌治療　PSA パス**

４．**PSA 高値経過観察　PSA パス**