**診療情報提供書・大腸がん術後フォローアップ連携パス（導入）** @SYSDATE

（大阪医科薬科大学病院⇒連携医療機関）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関情報** | | @hospital\_name　　外科 |
| ○○○病院 | | 担当医（記入医）　@USERNAME |
| 先生　御侍史 | | 連名医（指導医等） |
| **患者情報** | |  |
| 当院ID @PATIENTID | | 性別 $性別 |
| ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA | |
| 患者氏名 @PATIENTNAME | | 生年月日 @PATIENTBIRTHN |
| 上記の患者さまですが、大腸がん術後の地域連携パスに基づいた病診連携にご協力して頂けたら幸いです。  当院ではCT検査を含めたフォローアップを５年間させて頂く予定です。貴院では通常の診察および腫瘍マーカーの測定をして頂き、当院受診時に持参して頂くようご指導頂きたいと考えております。 | | |
| 症状経過など | | |
| ※検査データ・処方薬一覧も添付 | | |
| 病　名 @DISEASE | | |
| **手術情報** | **◆術式** | |

|  |  |
| --- | --- |
| 手 術 日 平成      年      月      日 | 腹腔鏡下　or　 開腹 |
| 退 院 日 平成      年      月      日 |  |
| 最終診断 T  N  M  Stage | その他（     ） |
| **◆人工肛門** あり　　 なし | 合併症　 無　 有（     ） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【治療計画】　CT検査（胸部・腹部・骨盤など）および大腸内視鏡検査が貴院で実施可能な場合は、検査をお願い致します。  ○：サーベイランス　※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する | | | | | | | | | |
| （術後） | | 連携医 | 病院 | 連携医 | 病院 | 連携医 | 病院 | 連携医 | 病院 |
|  | 6カ月 |  | 1年 |  | 1年半 |  | 2年 |
| 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 |
| 診察 | 問診・視触診 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 採血 | 血液・生化学（CEA・CA19-9含む） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 検査 | CT検査（胸部・腹部・骨盤など） |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |
| 大腸内視鏡検査 |  |  |  | ○ |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （術後） | | 連携医 | 病院 | 連携医 | 病院 | 連携医or病院 | 病院 | 連携医or病院 | 病院 |
|  | 2年半 |  | 3年 |  | 4年 |  | 5年 |
| 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 |
| 診察 | 問診・視触診 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 採血 | 血液・生化学（CEA・CA19-9含む） | （○） | ○ | （○） | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 検査 | CT検査（胸部・腹部・骨盤など） |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |
| 大腸内視鏡検査 |  |  |  | ○ |  |  |  |  |

**診療情報提供書・大腸がん術後フォローアップ連携パス（かかりつけ医⇒病院）**平成 　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関情報** | | | | |  | | | | | |
| 〒 569-8686 | | | | |
| 大阪府高槻市大学町2番7号 | | | | |
| @hospital\_name | | | | |
| 一般・消化器外科　担当医　先生　御侍史 | | | | |
| **患者情報** | | | | | | |  | | | |
| 当院ID @PATIENTID | | | | | | | 性別 $性別 | | | |
| ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA | | | | | | |
| 患者氏名 @PATIENTNAME | | | | | | | 生年月日 @PATIENTBIRTHN | | | |
| 平素より大変お世話になっております。  術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。 | | | | | | | | | | |
| **症状経過など**  　異常所見無し  　異常所見有り | | | | | | | | | | |
| 【治療計画】  ○：サーベイランス　※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する | | | | | | | | | | |
| （術後） | | 連携医 | 病院 | 連携医 | | 病院 | 連携医 | 病院 | 連携医 | 病院 |
|  | 6カ月 |  | | 1年 |  | 1年半 |  | 2年 |
| 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 |
| 診察 | 問診・視触診 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 採血 | 血液・生化学（CEA・CA19-9含む） | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 検査 | CT検査（胸部・腹部・骨盤など） |  | ○ |  | | ○ |  | ○ |  | ○ |
| 大腸内視鏡検査 |  |  |  | | ○ |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| （術後） | | 連携医 | 病院 | 連携医 | | 病院 | 連携医or病院 | 病院 | 連携医or病院 | 病院 |
|  | 2年半 |  | | 3年 |  | 4年 |  | 5年 |
| 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 |
| 診察 | 問診・視触診 | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 採血 | 血液・生化学（CEA・CA19-9含む） | （○） | ○ | （○） | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 検査 | CT検査（胸部・腹部・骨盤など） |  | ○ |  | | ○ |  | ○ |  | ○ |
| 大腸内視鏡検査 |  |  |  | | ○ |  |  |  |  |