



胃がん

連携パス手帳

(手術後フォローアップ)



大阪医科薬科大学病院

大阪府がん診療連携協議会

もくじ

はじめに	【 p.3 】
退院後の生活・日常生活で 気を付けていただきたいこと	【 p.4 】
胃手術後の後遺症	【 p.5～7 】
退院後もこれだけは忘れずに！	【 p. 8 】
あなたが手術を受けた日	【 p.9 】
胃手術後連携パス	【 p.10～ 19 】
再診予約変更	【 p.20 】
大阪医科薬科大学病院の部署のご案内	【 p.20～21 】



はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と大阪医科薬科大学病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、かかりつけ医と大阪医科薬科大学病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

この「連携パス」を活用することで、大阪医科薬科大学病院と地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

【かかりつけ医があなたのもうひとりの主治医です】

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は大阪医科薬科大学病院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて大阪医科薬科大学病院を受診していただきます。また、緊急を要する場合は休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、大阪医科薬科大学病院（072-683-1221 代表）までご連絡ください。その際には必ず「胃がん術後地域連携パス」を利用しているとお伝えください。

なお、原疾患（胃がん）と関連がないと考えられる症状については、他の医療機関への受診をお願いすることになりますのでご了承ください。



氏名 _____

ID番号 _____

退院後の日常生活・日常生活で 気をつけていただきたいこと

- ①身体を休めるためにも、睡眠を十分とりましょう。
- ②食事の時間、摂取量が不規則にならないようにしましょう。
- ③薬は忘れずに正しく服用し、症状がないからといって
服用を中止しないようにしましょう。
- ④家に体重計があれば、一週間に一度体重を測ってみるのもよいで
しょう。体重が減る場合もありますが、半年くらいで戻ります。
- ⑤ストレスをためないように、解消しましょう。
- ⑥アルコール、タバコについては主治医に相談して下さい。

からだの調子に自信がついたら、仕事に復帰。

外出も旅行も、何でもできます。



胃手術後の後遺症について

以下のような種類があります。

腸閉塞（ちょうへいそく）
ダンピング症候群
貧血
骨粗鬆症（こつそしょうしょう）
逆流性食道炎
胃手術後胆石症
小胃症状

それぞれについて解説いたします。

胃手術後の後遺症 ①

～腸閉塞～

手術したあとは、ほとんどの場合、お腹の中で腸があちこちにくっつきます。その結果、腸が曲がったりせまくなることによって腸閉塞が起こります。せまくなったところに食べ物がつまると、便もガスも出なくなります。

ときには腸がねじれて、腸の流れが閉ざされてしまうこともあります。

〔 症状 〕

一般的に悪心、嘔吐、排便・排ガスの停止、腹痛がみられます。時には、腸がねじれて血流が途絶え、時間とともに腸が壊死（腸管の細胞が死滅してしまうこと）して、腸に穴が開いたりして大変危険です。吐き気や嘔吐に加えて痛みが強い場合には、必ず医師の診察を受けて下さい。

〔 治療法 〕

多くの場合には、絶食していると自然に治るのですが、ときには癒着（ゆちゃく）を剥がしたり、ねじれを治す手術が必要なことがあります。

胃手術後の後遺症 ②

～ダンピング症候群～

ダンピング症候群とは・・・

胃を切除すると、いままで胃の中で攪拌（かくはん）されて少しずつ腸に移動していた食物が、一度に急に腸へ流れ込む状態になります。そのために起きる不愉快な症状がダンピング症候群といわれるものです。食後30分以内にかかる場合（早期ダンピング症候群）が多いですが、食後2～3時間で起こる場合（後期ダンピング症候群）もあります。

〔 症状 〕

早期ダンピング症候群：食後30分以内に発汗、めまい、脈拍があがるなどの全身症状と悪心、腹部膨満感、下痢などの消化器症状があります。

後期ダンピング症候群：食後2～3時間に頭痛、汗が出る、脈拍が増える、めまい、脱力感を覚え、ときには気を失ってしまうこともあります。

〔 治療法 〕

早期ダンピング症候群：安静により数分～数十分で改善します。しかし、顕著な場合は抗セロトニン薬や粘膜麻酔薬を投与することもあります。

後期ダンピング症候群：糖質の補給が必要になります。ブドウ糖の静注や、ビスケットやあめ玉、氷砂糖をとったり、甘い飲み物を飲んで下さい。予防するには、食後2時間あたりに何かおやつを食べることが有効です。

胃手術後の後遺症 ③

～貧血～

胃手術後の貧血とは・・・

胃の切除により、鉄分やビタミンB12が吸収されにくくなるために貧血が起こります。前者は、鉄欠乏性貧血、後者は巨赤芽球性貧血（きよせきがきゅうせいひんけつ）といえます。

● 鉄欠乏性貧血

手術後数ヶ月から出現することがあります。治療は、鉄剤の補充を行います。

● 巨赤芽球性貧血

ビタミンB12は体内に蓄積されており、数年間はその蓄積したビタミンB12 でまかなうことができます。しかし手術後4～5年以降には蓄積がなくなり、巨赤芽球性貧血が発症することがあります。治療法は、ビタミンB12 の補充です。定期的に血液検査をして、不足していれば補給する必要があります。

～骨粗鬆症～

骨粗鬆症とは・・・

胃の手術をすると、カルシウムの吸収が悪くなるため骨のカルシウムが減少して骨が弱くなることがあります。ときに、骨折したりします。

定期的に骨のカルシウムの濃度（骨塩量）を測定（レントゲンなどで簡単に測定できます）し、必要であればカルシウムや、ビタミンDの投与が望ましいとされています。普段からカルシウムの補給を心掛けましょう。

胃手術後の後遺症 ④

～逆流性食道炎～

逆流性食道炎とは・・・

食道内へ胃の内容物が逆流することです。これは手術によって胃の入口（噴門）の逆流防止の機能が損なわれたために起こります。特に胃全摘や、噴門側胃切除の手術後に多く見られます。

〔 症状 〕

苦い水（腸液）や酸っぱい水（胃液）が口のほうへ上がってきたり、胸やけなどの症状が見られることがあります。

〔 治療法 〕

上半身を 20 度くらい高くして寝るとよいのですが、病状に応じて粘膜保護剤、制酸剤、酵素阻害薬（有害な酵素作用を止める）など、さまざまな薬が投与されることがあります。

胃手術後の後遺症 ⑤

～胃手術後胆石症胃手術後胆石症～

胃手術後胆石症とは・・・

胃の手術の時には、しばしば胆嚢（たんのう）の神経が切れてしまいます。そのために胆嚢の動きが悪くなり、あとで胆嚢に炎症を起こしたり、胆嚢内に結石ができることがあります。

胆嚢とは・・・

胆嚢は肝臓でできる胆汁という黄色い液をためたり濃縮したりする、なすびのような形をした臓器です。胆嚢は十二指腸につながっており、脂肪を含んだ食物が十二指腸に流れてきた時には、ためていた胆汁を十二指腸に放出することによって、消化・吸収を助けることになります。

～小胃症状～

小胃症状とは・・・

胃を切除したために胃が小さくなり、あるいはなくなることによって起こってくるすべての症状を小胃症状といいます。

〔 症状 〕

食事が少ししか入らない、あるいは、すぐにお腹が一杯になるといった症状は最も一般的な症状です。手術を受けられた多くの方が経験される症状です。

〔 治療法 〕

お腹を順応させてやることが大切になります。そのためには、食事のとり方が大切です。



退院後もこれだけは忘れずに！

☆ 定期的な診察や検査に行きましょう

手術後5年目までは、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、定期検査は胃がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。

☆ 毎月1回、自己検診を続けましょう

どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月1回、日にちを決めて、ご自分で症状をチェックしてください。気になるところがあったら、主治医に相談してください。

☆ 指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用してください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。また、薬局で購入した市販薬（胃薬等）についても医師、薬剤師にご相談ください。

☆ 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが必要です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ 経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。

そして、その多くの方が、病気を克服して、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、希望を持って前進し、病気をしてかえって良かったと思えるような建設的な生活を送ってください。



*あなたが手術を受けた日

平成 年 月 日

*受けた手術

- 開腹術
- 腹腔鏡下手術
- 幽門側胃切除術
- 幽門保存胃切除術
- 胃全摘出術
- 噴門側胃切除術
- その他

※ 退院にあたって、薬剤師から服薬指導、服薬記録の説明を行います。よくお聞き頂いて、理解できない場合はお気軽にご質問ください。

- 治療スケジュール説明
- 患者様用パス説明
- 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認
- 服薬指導

患者様への説明後、
チェックして下さい。

手術後後遺症・再発等発生時の連絡先
 確認の実施

術後連携の説明 患者様用パス説明

胃がん手術後連携パス（手術後～1年）

○は必須項目

術後		1ヶ月	3ヶ月	
施設		かかりつけ医	大医薬大	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	/	
	診察	○	○	
	血液検査(腫瘍マーカーを含む)	○	○	
	画像検査	腹部エコー・胸部XP・CT	腹部エコー・胸部XP・CT	
教育・指導	生活指導	○	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
血液・画像 検査	貧血 (RBC ・ Hb)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	炎症所見 (WBC ・ CRP)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腎機能異常 (Cr ・ BUN)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腫瘍マーカー異常 (CEA ・ CA19-9)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg	kg
		腹痛		
		腹部膨満		
	それ以外 の チェック	胸やけ		
		下痢		
		吐き気・嘔吐		
		全身倦怠感		
		めまい・冷汗		
	その他			

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

6ヶ月	9ヶ月	1年
かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
腹部エコー・胸部XP・CT	腹部エコー・胸部XP・CT	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

胃がん手術後連携パス（1～2年）

○は必須項目

術後		1年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	腹部エコー・胸部XP・CT	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（RBC・Hb）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（WBC・CRP）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （sGOT・sGPT・Alp・Tbil・LDH）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（Cr・BUN）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（CEA・CA19-9）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
その他			

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
大医薬大	かかりつけ医	大医薬大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	腹部エコー・胸部XP・CT	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

胃がん手術後連携パス（2～3年）

○は必須項目

術後		2年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	腹部エコー・胸部XP・CT	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（RBC・Hb）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（WBC・CRP）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （sGOT・sGPT・Alp・Tbil・LDH）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（Cr・BUN）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（CEA・CA19-9）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
その他			

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
大医薬大	かかりつけ医	大医薬大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	腹部エコー・胸部XP・CT	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

胃がん手術後連携パス（3～4年）

○は必須項目

術後		3年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	腹部エコー・胸部XP・CT	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（RBC・Hb）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（WBC・CRP）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （sGOT・sGPT・Alp・Tbil・LDH）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（Cr・BUN）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（CEA・CA19-9）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
その他			

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年
大医薬大	かかりつけ医	大医薬大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	腹部エコー・胸部XP・CT	胃カメラ・CT
○	○	○
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
□なし □あり ()	□なし □あり ()	□なし □あり ()
kg	kg	kg

胃がん手術後連携パス（4～5年）

○は必須項目

術後		4年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	腹部エコー・胸部XP・CT	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（RBC・Hb）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（WBC・CRP）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （sGOT・sGPT・Alp・Tbil・LDH）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（Cr・BUN）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（CEA・CA19-9）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
その他			

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
大医薬大	かかりつけ医	大医薬大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	腹部エコー・胸部XP・CT	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

- ★ 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診（3～6ヶ月）
- ★ 定期受診は5年目まで
- ★ 定期受診日以外でも必要があれば受診

大阪医科薬科大学病院の部署のご案内



再診予約変更

消化器外科外来に電話してください。
午後3～4時の間に予約の取り消しや変更を承ります。
なお、検査によっては予約の変更はできませんので、
その場合は、直接来院のうえ、ご変更ください。

電話番号：072-683-1221（代）（内線2341）

がん相談支援室

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるようにがん相談支援室にてがんに関する相談をお受けしております。

当院に入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して温かな医療・看護が受けられるよう、医師または看護師など院内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

相談時間

月曜日～金曜日 9:00～16:00

第1・3・5土曜日 9:00～12:00

（但し当院の休診日はお受けしておりません。）

予約方法

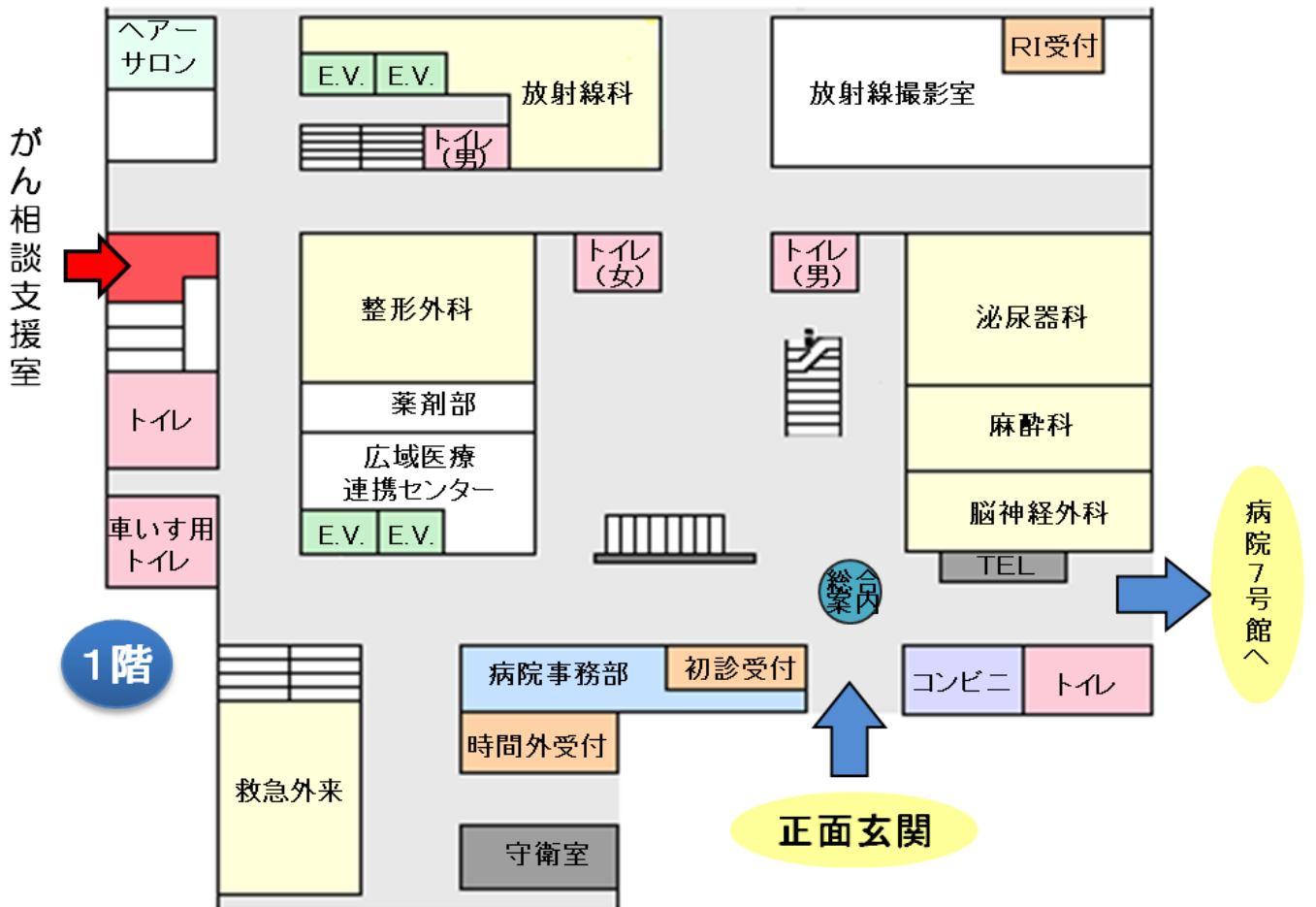
電話またはFAXにてお申し込みください。

電話：072-683-1221（代表） 内線2095

FAX：072-684-6221

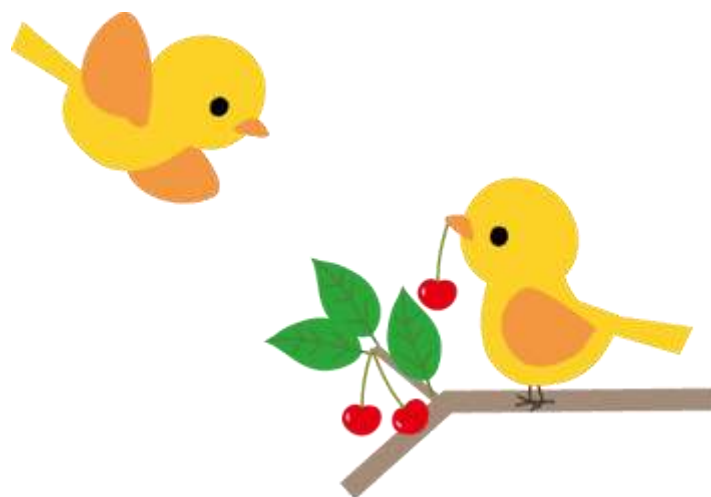
※予約優先としますが、予約がない場合でも時間に空きがあればお受けしております。





名前 _____

ID番号 _____



大阪医科薬科大学病院

(消化器外科)

TEL 072-683-1221 (代) (内線2341)

24年 5月作成
25年 9月改定