

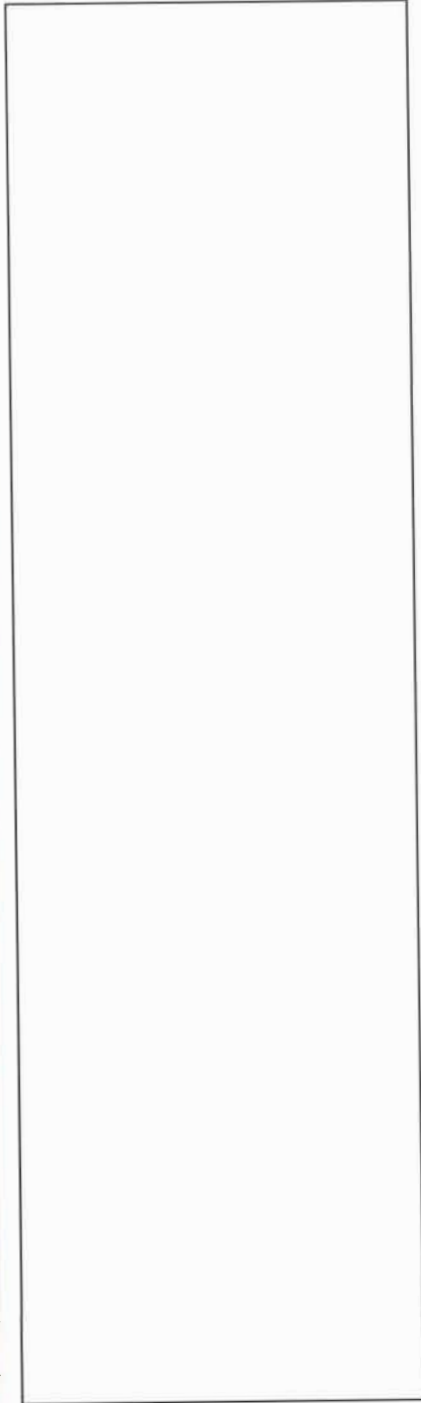




患者ID: 0 氏名: 0 診療科: 0 医師氏名: 0

手術日 年 月 日

		7,月目	8,月目	9,月目	10,月目	11,月目	12,月目
施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受診日 (目安)		/	/	/	/	/	/
受診日 (確定)							
診察		○	○	○	○	○	○
血液検査	□ WBC ( )	□ WBC ( )	□ WBC ( )	□ WBC ( )	□ WBC ( )	□ WBC ( )	□ WBC ( )
	□ 好中球 ( )	□ 好中球 ( )	□ 好中球 ( )	□ 好中球 ( )	□ 好中球 ( )	□ 好中球 ( )	□ 好中球 ( )
	□ 血小板 ( )	□ 血小板 ( )	□ 血小板 ( )	□ 血小板 ( )	□ 血小板 ( )	□ 血小板 ( )	□ 血小板 ( )
	□ T-Bil ( )	□ T-Bil ( )	□ T-Bil ( )	□ T-Bil ( )	□ T-Bil ( )	□ T-Bil ( )	□ T-Bil ( )
	□ AST(GOT) ( )	□ AST(GOT) ( )	□ AST(GOT) ( )	□ AST(GOT) ( )	□ AST(GOT) ( )	□ AST(GOT) ( )	□ AST(GOT) ( )
	□ ALT(GPT) ( )	□ ALT(GPT) ( )	□ ALT(GPT) ( )	□ ALT(GPT) ( )	□ ALT(GPT) ( )	□ ALT(GPT) ( )	□ ALT(GPT) ( )
	□ Cr ( )	□ Cr ( )	□ Cr ( )	□ Cr ( )	□ Cr ( )	□ Cr ( )	□ Cr ( )
	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )
	□ CEA ( )	□ CEA ( )	□ CEA ( )	□ CEA ( )	□ CEA ( )	□ CEA ( )	□ CEA ( )
	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )
□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	□ ( )	
画像検査							□ 腹部CT □ 胸部X線 □ 骨シンチ (12,月に実施予定)
休薬・減量・再開日時 ( / )	□ 休薬・□ 減量・□ 再開 ( / )	□ 休薬・□ 減量・□ 再開 ( / )	□ 休薬・□ 減量・□ 再開 ( / )	□ 休薬・□ 減量・□ 再開 ( / )	□ 休薬・□ 減量・□ 再開 ( / )	□ 休薬・□ 減量・□ 再開 ( / )	□ 休薬・□ 減量・□ 再開 ( / )
補助化学療法薬 (ユーエフティ) 1日投与量	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg
	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg
	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg
	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg
チェック 処方	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック	□ 残薬チェック
	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック	□ 併用薬チェック
	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック	□ OTCチェック
	□ ユーエフティ 2週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方	□ ユーエフティ 4週間処方
連携 連絡	※病院は6,月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡			再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡			
目標	術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない【3,月間】						
	がんの再発がない						
	UFT内服が出来る						
バリエーション	術後合併症の発生【3,月間】	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	がんの再発	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	UFT内服が出来ない	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	UFT内服による副作用発生 (Grade3以上)	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	その他 ( )						
症状	嘔気・嘔吐・食欲不振	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	口内炎	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	全身倦怠感	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	下痢	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	色素沈着	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	発疹	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	体重						
	のどの痛み・発熱	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	咳・息切れ・呼吸困難	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
	におい・味の違い	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )	□なし・□あり ( )
その他 ( )							





患者ID	0		氏名:	0		診療科:	0		医師氏名:	0		
	13ヶ月目		14ヶ月目		15ヶ月目		16ヶ月目		17ヶ月目		18ヶ月目	
施設	かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		大医薬大	
受診日(目安)	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
受診日(確定)	/		/		/		/		/		/	
診察	○		○		○		○		○		○	
診察・検査	血液検査		血液検査		血液検査		血液検査		血液検査		血液検査	
	<input type="checkbox"/> WBC ( )		<input type="checkbox"/> WBC ( )		<input type="checkbox"/> WBC ( )		<input type="checkbox"/> WBC ( )		<input type="checkbox"/> WBC ( )		<input type="checkbox"/> WBC ( )	
	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )		<input type="checkbox"/> 好中球 ( )		<input type="checkbox"/> 好中球 ( )		<input type="checkbox"/> 好中球 ( )		<input type="checkbox"/> 好中球 ( )		<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	
	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )		<input type="checkbox"/> 血小板 ( )		<input type="checkbox"/> 血小板 ( )		<input type="checkbox"/> 血小板 ( )		<input type="checkbox"/> 血小板 ( )		<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	
	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )		<input type="checkbox"/> T-Bil ( )		<input type="checkbox"/> T-Bil ( )		<input type="checkbox"/> T-Bil ( )		<input type="checkbox"/> T-Bil ( )		<input type="checkbox"/> T-Bil ( )	
	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )	
	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )	
	<input type="checkbox"/> Cr ( )		<input type="checkbox"/> Cr ( )		<input type="checkbox"/> Cr ( )		<input type="checkbox"/> Cr ( )		<input type="checkbox"/> Cr ( )		<input type="checkbox"/> Cr ( )	
	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )	
	腫瘍マーカー		腫瘍マーカー		腫瘍マーカー		腫瘍マーカー		腫瘍マーカー		腫瘍マーカー	
<input type="checkbox"/> CEA ( )		<input type="checkbox"/> CEA ( )		<input type="checkbox"/> CEA ( )		<input type="checkbox"/> CEA ( )		<input type="checkbox"/> CEA ( )		<input type="checkbox"/> CEA ( )		
<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		
<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
画像検査		画像検査		画像検査		画像検査		画像検査		画像検査		
										<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 脳MTI (12ヶ月~18ヶ月に実施予定)		
休薬・減量・再開日時( / )		休薬・減量・再開日時( / )		休薬・減量・再開日時( / )		休薬・減量・再開日時( / )		休薬・減量・再開日時( / )		休薬・減量・再開日時( / )		
補助化学療法薬(ユーエフティ) 1日投与量		補助化学療法薬(ユーエフティ) 1日投与量		補助化学療法薬(ユーエフティ) 1日投与量		補助化学療法薬(ユーエフティ) 1日投与量		補助化学療法薬(ユーエフティ) 1日投与量		補助化学療法薬(ユーエフティ) 1日投与量		
1日 mg		1日 mg		1日 mg		1日 mg		1日 mg		1日 mg		
朝 mg		朝 mg		朝 mg		朝 mg		朝 mg		朝 mg		
昼 mg		昼 mg		昼 mg		昼 mg		昼 mg		昼 mg		
夜 mg		夜 mg		夜 mg		夜 mg		夜 mg		夜 mg		
チェック 処方		チェック 処方		チェック 処方		チェック 処方		チェック 処方		チェック 処方		
<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		<input type="checkbox"/> 残薬チェック		
<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック		
<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		<input type="checkbox"/> OTCチェック		
<input type="checkbox"/> ユーエフティ 2週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方		
連携 連絡		※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡		※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡		※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡		※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡		※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡		
目標	術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3ヶ月間]		術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3ヶ月間]		術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3ヶ月間]		術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3ヶ月間]		術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3ヶ月間]		術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない[3ヶ月間]	
	がんの再発がない		がんの再発がない		がんの再発がない		がんの再発がない		がんの再発がない		がんの再発がない	
	UFT内服が出来る		UFT内服が出来る		UFT内服が出来る		UFT内服が出来る		UFT内服が出来る		UFT内服が出来る	
バリエーション	術後合併症の発生 [3ヶ月間]		術後合併症の発生 [3ヶ月間]		術後合併症の発生 [3ヶ月間]		術後合併症の発生 [3ヶ月間]		術後合併症の発生 [3ヶ月間]		術後合併症の発生 [3ヶ月間]	
	がんの再発		がんの再発		がんの再発		がんの再発		がんの再発		がんの再発	
	UFT内服が出来ない		UFT内服が出来ない		UFT内服が出来ない		UFT内服が出来ない		UFT内服が出来ない		UFT内服が出来ない	
	UFT内服による副作用発生(Grade3以上)		UFT内服による副作用発生(Grade3以上)		UFT内服による副作用発生(Grade3以上)		UFT内服による副作用発生(Grade3以上)		UFT内服による副作用発生(Grade3以上)		UFT内服による副作用発生(Grade3以上)	
	その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )	
症状	嘔気・嘔吐・食欲不振		嘔気・嘔吐・食欲不振		嘔気・嘔吐・食欲不振		嘔気・嘔吐・食欲不振		嘔気・嘔吐・食欲不振		嘔気・嘔吐・食欲不振	
	<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 ( )	
	口内炎		口内炎		口内炎		口内炎		口内炎		口内炎	
	<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 ( )	
	全身倦怠感		全身倦怠感		全身倦怠感		全身倦怠感		全身倦怠感		全身倦怠感	
	<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 ( )	
	下痢		下痢		下痢		下痢		下痢		下痢	
	<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 ( )	
	色素沈着		色素沈着		色素沈着		色素沈着		色素沈着		色素沈着	
	<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 ( )	
発疹		発疹		発疹		発疹		発疹		発疹		
<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 ( )		
体重		体重		体重		体重		体重		体重		
<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 ( )		
のどの痛み・発熱		のどの痛み・発熱		のどの痛み・発熱		のどの痛み・発熱		のどの痛み・発熱		のどの痛み・発熱		
<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 ( )		
咳・息切れ・呼吸困難		咳・息切れ・呼吸困難		咳・息切れ・呼吸困難		咳・息切れ・呼吸困難		咳・息切れ・呼吸困難		咳・息切れ・呼吸困難		
<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 ( )		
におい・味の濃い		におい・味の濃い		におい・味の濃い		におい・味の濃い		におい・味の濃い		におい・味の濃い		
<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 ( )		
その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )		その他 ( )		

手術日 年 月 日

連携医療機関	
--------	--



患者ID: 0 氏名: 0 診療科: 0 医師氏名: 0

手術日 年 月 日

		19,月目	20,月目	21,月目	22,月目	23,月目	24,月目
施設		かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
受診日 (目安)		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受診日 (確定)		/	/	/	/	/	/
診察		○	○	○	○	○	○
診察・検査	血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )
		<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )
		<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )
		<input type="checkbox"/> T-B4 ( )	<input type="checkbox"/> T-B4 ( )	<input type="checkbox"/> T-B4 ( )	<input type="checkbox"/> T-B4 ( )	<input type="checkbox"/> T-B4 ( )	<input type="checkbox"/> T-B4 ( )
		<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )	<input type="checkbox"/> AST(GOT) ( )
		<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )	<input type="checkbox"/> ALT(GPT) ( )
		<input type="checkbox"/> Cr ( )	<input type="checkbox"/> Cr ( )	<input type="checkbox"/> Cr ( )	<input type="checkbox"/> Cr ( )	<input type="checkbox"/> Cr ( )	<input type="checkbox"/> Cr ( )
	腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )
		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査							<input type="checkbox"/> 腹部部CT <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 骨シンチ (24ヶ月に実施予定)
休薬・減量・再開日時 ( / )		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 ( / )	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 ( / )	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 ( / )	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 ( / )	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 ( / )	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 再開 ( / )
補助化学療法薬 (ユーエフティ) 1日投与量		1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg	1日 mg
		朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg	朝 mg
		昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg	昼 mg
		夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg	夜 mg
チェック 処方		<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック
		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック
		<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック	<input type="checkbox"/> OTCチェック
		<input type="checkbox"/> ユーエフティ 2週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方	<input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方
連携 連絡		※病院は6ヶ月毎に受診 再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡			再発・副作用発生等の場合、大医薬大病院に連絡		
目標	術後合併症(呼吸器に関連した発熱や肺炎、呼吸苦など)がない【3ヶ月間】						
	がんの再発がない						
	UFT内服が出来ている						
	UFT内服による副作用がない (Grade3以上)						
バリアンス	術後合併症の発生【3ヶ月間】	<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 ( )
	がんの再発	<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 ( )
	UFT内服が出来ない	<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 ( )
	UFT内服による副作用発生 (Grade3以上)	<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 ( )
症状	その他 ( )						
	嘔気・嘔吐・食欲不振	<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 ( )
	口内炎	<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 ( )
	全身倦怠感	<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 ( )
	下痢	<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 ( )
	色素沈着	<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 ( )
	発疹	<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 ( )
	体重						
	のどの痛み・発熱	<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 ( )
	咳・息切れ・呼吸困難	<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 ( )
におい・味の濃い	<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 ( )	
その他 ( )							

