

# 三島圏域がん地域連携クリティカルパス 胃がん術後連携パス(手術後～1年)

## 術後フォローアップ

ID **連携・連絡** 術後連携の説明  患者様用パス説明

氏名 (退院時まで) 手術後後遺症 再発等 発生時の連絡先  確認の実施

作成日 年 月 日 主治医 \_\_\_\_\_

○は必須項目

術後施設		3ヶ月		6ヶ月		9ヶ月		1年		
		かかりつけ医		大医薬大		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	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 実施							
	血液検査	腫瘍マーカー含む	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 実施
	画像検査		腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	CT	<input type="checkbox"/> 実施	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	胃カメラ・CT	<input type="checkbox"/> 実施
教育・指導	生活指導	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 実施							
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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	貧血症状	<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 ( )	
	狭窄	<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 ( )	
	小胃症状	<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 ( )	
	その他異常	<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 ( )	
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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	肝機能異常	AST(GOT)・ALT(GPT)・Alp・T-bil・LDH	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	

### 【自覚症状転記欄】

自覚症状	腹部のチェック	体重	kg	kg	kg	kg
		腹痛	<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 ( )
それ以外のチェック	腹部膨満	<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 ( )
	胸やけ	<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 ( )
	吐き気・嘔吐	<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 ( )
その他	めまい・冷汗	<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					

### [連携医療機関]

# 三島圏域がん地域連携クリティカルパス

## 胃がん術後連携パス(1年～2年)

### 術後フォローアップ

ID

氏名

作成日 年 月 日 主治医 \_\_\_\_\_

○は必須項目

術後施設		1年3ヶ月		1年6ヶ月		1年9ヶ月		2年	
		かかりつけ医		大医薬大		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	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施
	血液検査 <small>腫瘍マーカー含む</small>	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施
画像検査	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	CT	<input type="checkbox"/> 実施	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	胃カメラ・CT	<input type="checkbox"/> 実施	
教育・指導	生活指導	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施
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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	その他異常	<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 ( )	
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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	肝機能異常	AST(GOT)・ALT(GPT)・Alp・T-bil・LDH	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	

【自覚症状転記欄】

自覚症状	腹部のチェック	体重	kg	kg	kg	kg
		腹痛	<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 ( )
それ以外のチェック	腹部膨満	<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 ( )
	胸やけ	<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 ( )
	吐き気・嘔吐	<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 ( )
	めまい・冷汗	<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					

【連携医療機関】

# 三島圏域がん地域連携クリティカルパス 胃がん術後連携パス(2年～3年)

## 術後フォローアップ

ID

氏名

作成日 年 月 日 主治医 \_\_\_\_\_

○は必須項目

術後		2年3 <sub>7</sub> 月		2年6 <sub>7</sub> 月		2年9 <sub>7</sub> 月		3年	
施設		かかりつけ医		大医薬大		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	○	<input type="checkbox"/> 実施						
	血液検査 腫瘍マーカー含む	○	<input type="checkbox"/> 実施						
教育・指導	画像検査	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	CT	<input type="checkbox"/> 実施	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	胃カメラ・CT	<input type="checkbox"/> 実施
	生活指導	○	<input type="checkbox"/> 実施						
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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	その他異常	<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 ( )	
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 ( )	<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 ( )
	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 ( )	<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 ( )
	肝機能異常	AST(GOT)・ALT(GPT)・ Alp・T-bil・LDH	<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 ( )
	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 ( )	<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 ( )
	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 ( )	<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 ( )
	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 ( )	<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 ( )

【自覚症状転記欄】

自覚症状	腹部のチェック	体重	kg	kg	kg	kg
		腹痛	<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 ( )
それ以外のチェック	腹部膨満	<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 ( )
	胸やけ	<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 ( )
	吐き気・嘔吐	<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 ( )
	めまい・冷汗	<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					

【連携医療機関】

# 三島圏域がん地域連携クリティカルパス 胃がん術後連携パス(3年~4年)

## 術後フォローアップ

ID  
氏名

作成日 年 月 日 主治医 \_\_\_\_\_

○は必須項目

術後		3年3 <sub>7</sub> 月		3年6 <sub>7</sub> 月		3年9 <sub>7</sub> 月		4年	
施設		かかりつけ医		大医薬大		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	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施
	血液検査 腫瘍マーカー含む	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施
画像検査	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	CT	<input type="checkbox"/> 実施	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	胃カメラ・CT	<input type="checkbox"/> 実施	
教育・指導	生活指導	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施
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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	その他異常	<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 ( )	
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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	肝機能異常	AST(GOT)・ALT(GPT)・ Alp・T-bil・LDH	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	

### 【自覚症状転記欄】

自覚症状	腹部のチェック	体重	kg	kg	kg	kg
		腹痛	<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 ( )
それ以外のチェック	腹部膨満	<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 ( )
	胸やけ	<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 ( )
	吐き気・嘔吐	<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 ( )
	めまい・冷汗	<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					

### 【連携医療機関】

# 三島圏域がん地域連携クリティカルパス 胃がん術後連携パス(4年～5年)

## 術後フォローアップ

ID

氏名

作成日 年 月 日 主治医 \_\_\_\_\_

○は必須項目

術 後		4年3 <sub>7</sub> 月		4年6 <sub>7</sub> 月		4年9 <sub>7</sub> 月		5年		
施 設		かかりつけ医		大医薬大		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	○	<input type="checkbox"/> 実施							
	血液検査	腫瘍マーカー含む	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施	○	<input type="checkbox"/> 実施
	画像検査		腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	CT	<input type="checkbox"/> 実施	腹部エコー・胸部X-P	<input type="checkbox"/> 実施	胃カメラ・CT	<input type="checkbox"/> 実施
教育・指導	生活指導	○	<input type="checkbox"/> 実施							
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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
	その他異常	<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 ( )		
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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	肝機能異常	AST(GOT)・ALT(GPT)・Alp・T-bil・LDH	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	
	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 ( )	<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 ( )	

### 【自覚症状転記欄】

自覚 症状	腹部のチェック	体 重	kg	kg	kg	kg
		腹痛	<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 ( )
それ以外のチェック	腹部膨満	<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 ( )
	胸やけ	<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 ( )
	吐き気・嘔吐	<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 ( )
	めまい・冷汗	<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					

### [連携医療機関]