

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 確認の実施
発等 発生時の連

作成日 年 月 日 主治医 _____

○は必須項目

絡先

術 後		3ヶ月		6ヶ月		9ヶ月		1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 ()	<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	検 査 内 容	体 重	kg	kg	kg	kg
		腹部のチェック	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 ()
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(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		1年3 ₇ 月		1年6 ₇ 月		1年9 ₇ 月		2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 <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	
教育・指導	画像検査	腹部エコー・胸部X-P		CT	<input type="checkbox"/> 実施	腹部エコー・胸部X-P		胃カメラ・CT	<input type="checkbox"/> 実施	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	

【自覚症状転記欄】

自覚 症状	体 重	kg		kg		kg		kg	
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
腹部のチェック	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 ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	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 ()	<input type="checkbox"/> なし <input 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 ()	<input type="checkbox"/> なし <input 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 ()	<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	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 ()	<input type="checkbox"/> なし <input 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 ()	<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 ()	<input type="checkbox"/> なし <input 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 ₇ 月		2年6 ₇ 月		2年9 ₇ 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	○	<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	
教育・指導	画像検査	腹部エコー・胸部X-P		CT	<input type="checkbox"/> 実施	腹部エコー・胸部X-P		胃カメラ・CT	<input type="checkbox"/> 実施	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	
	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 ()	

【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 ₇ 月		3年6 ₇ 月		3年9 ₇ 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

術後施設		4年3 ₇ 月	4年6 ₇ 月	4年9 ₇ 月	5年
受診日		かかりつけ医		大医薬大	
診察		○	□ 実施	○	□ 実施
血液検査		○	□ 実施	○	□ 実施
画像検査		腹部エコー・胸部X-P	□ 実施	CT	□ 実施
生活指導		○	□ 実施	○	□ 実施
診察	腸閉塞症状	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	ダンピング症候群	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	食道逆流症状	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	貧血症状	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	狭窄	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	小胃症状	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	その他異常	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
血液・画像検査	貧血	RBC・Hb	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	炎症所見	WBC・CRP	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	肝機能異常	AST(GOT)・ALT(GPT)・Alp・T-bil・LDH	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	腎機能異常	Cr・BUN	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	腫瘍マーカー異常	CEA・CA19-9	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	画像検査異常		□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ 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
		腹痛	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
それ以外のチェック	腹部膨満	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	胸やけ	□ 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 ()
	吐き気・嘔吐	□ 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 ()
	めまい・冷汗	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()	□ なし □ あり ()
	その他				

【連携医療機関】