**診療情報提供書・胃がん術後フォローアップ連携パス（経過報告）** @SYSDATE

（大阪医科薬科大学病院⇒連携医療機関）

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関情報** | @hospital\_name　　外科 |
| ○○○病院 | 担当医（記入医）　@USERNAME |
| 先生　御侍史 | 連名医（指導医等）　 |
| **患者情報** |  |
| 当院ID @PATIENTID | 性別 $性別 |
| ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA |
| 患者氏名 @PATIENTNAME | 生年月日 @PATIENTBIRTHN |
| 平素より大変お世話になっております。術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。 |

|  |
| --- |
| **症状経過など**　[ ] 　再発転移無し　　　　[ ] 　異常所見有り |

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

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

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