

大腸がん術後フォローアップ連携パス(ゼロータ経過報告)

医療機関情報 先生 御侍史	外科	
	担当医(記入医)	
	連名医(指導医等)	

患者情報	当院ID	
ふりがな	性別	
患者氏名	生年月日	

上記の患者ですが、大腸がん術後の地域連携パスに基づいた病診連携にご協力して頂けたら幸いです。当院ではCT検査を含めたフォローアップを5年間させて頂く予定です。貴院では通常の診察および腫瘍マーカーの測定をして頂き、当院受診時に持参して頂くようご指導頂きたいと考えております。

症状経過など

再発移転無し 再発移転有り

【治療計画】

CT検査(胸部・腹部・骨盤など)および大腸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
		月日	6カ月 月日	月日	1年 月日	月日	1年半 月日	月日	2年 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・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	2年半 月日	月日	3年 月日	月日	4年 月日	月日	5年 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・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

医療機関情報 〒 569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号 一般・消化器外科 担当医 先生 御侍史	
---	--

患者情報		当院ID	
ふりがな		性別	
患者氏名		生年月日	

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
		月 日	6カ月 月 日	月 日	1年 月 日	月 日	1年半 月 日	月 日	2年 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・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	2年半 月 日	月 日	3年 月 日	月 日	4年 月 日	月 日	5年 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・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

大腸がん術後フォローアップ連携パス(ゼロータ経過報告)

医療機関情報 先生 御侍史	外科	
	担当医(記入医)	
	連名医(指導医等)	

患者情報	当院ID	
ふりがな	性別	
患者氏名	生年月日	

上記の患者ですが、大腸がん術後の地域連携パスに基づいた病診連携にご協力して頂けたら幸いです。当院ではCT検査を含めたフォローアップを5年間させて頂く予定です。貴院では通常の診察および腫瘍マーカーの測定をして頂き、当院受診時に持参して頂くようご指導頂きたいと考えております。

症状経過など

再発移転無し 再発移転有り

【治療計画】

CT検査(胸部・腹部・骨盤など)および大腸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
		月日	6カ月 月日	月日	1年 月日	月日	1年半 月日	月日	2年 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・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	2年半 月日	月日	3年 月日	月日	4年 月日	月日	5年 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・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

■患者情報

フリガナ _____ ■性別: _____ ■生年月日: _____

■患者名: _____ ■身長: _____ cm / _____ kg / 体表面積 _____ m²

■合併症: _____ ■病名: _____

■手術年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■術式: _____

■退院年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■最終診断: T _____ N _____ M _____ Stage _____ ■人工肛門: _____

■ゼローダ錠300mg 2週投薬1週休薬

■初回投与量

ゼローダ錠300mg _____ 錠/回 朝・夕 食後

■当施設名: _____

■担当医名 _____ ■連絡先: TEL 072(683)1221(消化器外科外来 FAX 072(684)6339)

■連携施設名: _____

■担当医名 _____ ■連絡先: TEL (_____) FAX (_____)

■連携パスの達成目標(術後補助化学療法期間中)

①術後連携によるフォローアップ ②術後補助化学療法の完遂 ③術後合併症、副作用、再発の早期発見

■術後補助化学療法開始前の説明と確認

術後の合併症と対処法について 本治療法について 副作用について

コース数	1コース開始前(2W投1W休)	2コース開始前(2W投1W休)	3コース開始前(2W投1W休)	4コース開始前(2W投1W休)	5コース開始前(2W投1W休)	6コース開始前(2W投1W休)	7コース開始前(2W投1W休)	8コース開始前(2W投1W休)	
受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
受診施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	
投薬・処置	体表面積: _____ m ² <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(_____ 錠/回) 朝・夕
	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
バイタル	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	
	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	
体重	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	
PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	
口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
色素沈着	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	
手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	
検査	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	
	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	
	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	
	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	
	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	
	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	
	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	
薬局	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	
	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	
	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	
特記事項(申し送り及び注意事項)									

[連携医療機関]

■患者情報

フリガナ ■性別: 男性 女性 ■生年月日: / /

■患者名: ■身長: cm / kg / 体表面積 m²

■合併症: ■病名:

■手術年月日: 平成 年 月 日 ■術式:

■退院年月日: 平成 年 月 日 ■最終診断: T N M Stage ■人工肛門:

■ゼローダ錠300mg 2週投薬1週休薬

■初回投与量

ゼローダ錠300mg 錠/回 朝・夕 食後

■当施設名:

■担当医名 ■連絡先: TEL 072(683)1221(消化器外科外来 FAX 072(684)6339)

■連携施設名:

■担当医名 ■連絡先: TEL () FAX ()

■連携パスの達成目標(術後補助化学療法期間中)

①術後連携によるフォローアップ ②術後補助化学療法の完遂 ③術後合併症、副作用、再発の早期発見

■術後補助化学療法開始前の説明と確認

術後の合併症と対処法について 本治療法について 副作用について

コース数	1コース開始前(2W投1W休)	2コース開始前(2W投1W休)	3コース開始前(2W投1W休)	4コース開始前(2W投1W休)	5コース開始前(2W投1W休)	6コース開始前(2W投1W休)	7コース開始前(2W投1W休)	8コース開始前(2W投1W休)	
受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
受診施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	大阪医科薬科大学病院 / 連携施設	
投薬・処置	体表面積: <input type="text"/> m ² <input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕	<input type="checkbox"/> 開始遅延・ <input type="checkbox"/> 減量・ <input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 投与量(<input type="text"/> 錠/回) 朝・夕
	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
バイタル	体温 <input type="text"/> °C	<input type="text"/> °C	<input type="text"/> °C	<input type="text"/> °C	<input type="text"/> °C	<input type="text"/> °C	<input type="text"/> °C	<input type="text"/> °C	
	血圧 <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	
体重	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	
PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	(<input type="text"/> 回/日, 性状)	
口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
色素沈着	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	
手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	部位(<input type="text"/>)	
検査	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	<input type="checkbox"/> WBC ≥ 3,000/mm ³	
	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	<input type="checkbox"/> 好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	
	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	<input type="checkbox"/> Hb ≥ 9.0 g/dL	
	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	<input type="checkbox"/> PLT ≥ 7.5万/mm ³	
	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	<input type="checkbox"/> T-Bil < 1.5 mg/dL	
	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	<input type="checkbox"/> GOT&GPT < 100 IU/L	
	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	<input type="checkbox"/> Cr < 1.5 mg/dL未満	
薬局	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	
	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	<input type="checkbox"/> 副作用説明	
	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	
特記事項(申し送り及び注意事項)									