

佐賀県大腸癌連携パス診療経過連絡票(1)

(根治療法のできた患者さん対象)

患者氏名		男・女	生年月日 (年齢)	T S H	年 月 日	(歳)
手術施行日	年 月 日	Stage (ステージ)				
専 門 医	施設名	か か り つ け 医	施設名			
	科名		主治医名			
	主治医名		カルテ番号			
	カルテ番号					

治療方法 (詳細は退院時サマリーを参照)	<input type="checkbox"/> 内視鏡的治療 <input type="checkbox"/> 鏡視下手術 <input type="checkbox"/> 開腹手術
術後の化学療法の必要性	<input type="checkbox"/> 必 要 <input type="checkbox"/> 不 要
化学療法を施行する施設	

術後の経過観察	術後の内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 専門医施設で行う、 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で行う
	術後の CT 検査	<input type="checkbox"/> 専門医施設で行う、 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で行う
	術後の超音波検査	<input type="checkbox"/> 専門医施設で行う、 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で行う
	術後の採血検査	<input type="checkbox"/> 専門医施設で行う、 <input type="checkbox"/> かかりつけ医で行う
	3ヵ月後	<input type="checkbox"/> 再発あり・ <input type="checkbox"/> 再発なし・ <input type="checkbox"/> 施行せず (施行年月日 年 月 日)
	6ヵ月後	<input type="checkbox"/> 再発あり・ <input type="checkbox"/> 再発なし・ <input type="checkbox"/> 施行せず (施行年月日 年 月 日)
	1年後	<input type="checkbox"/> 再発あり・ <input type="checkbox"/> 再発なし・ <input type="checkbox"/> 施行せず (施行年月日 年 月 日)
	2年後	<input type="checkbox"/> 再発あり・ <input type="checkbox"/> 再発なし・ <input type="checkbox"/> 施行せず (施行年月日 年 月 日)
	3年後	<input type="checkbox"/> 再発あり・ <input type="checkbox"/> 再発なし・ <input type="checkbox"/> 施行せず (施行年月日 年 月 日)
	4年後	<input type="checkbox"/> 再発あり・ <input type="checkbox"/> 再発なし・ <input type="checkbox"/> 施行せず (施行年月日 年 月 日)
5年後	<input type="checkbox"/> 再発あり・ <input type="checkbox"/> 再発なし・ <input type="checkbox"/> 施行せず (施行年月日 年 月 日)	

治療が必要なその他の疾患 (処方については外来処方箋を参照)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.