

佐賀県 胃癌連携パス診療経過連絡票(2)

(根治療法のできた化学療法の必要な患者さん用)

連携施設:	病院	先生	連絡先:
専門施設:	唐津赤十字 病院	先生	連絡先: 0955-72-5111

患者氏名:	性別: 男・女	生年月日: 年齢:	患者連絡先:
-------	---------	--------------	--------

連携施設カルテ番号:	専門施設カルテ番号:
------------	------------

病名:	最終Stage:	腫瘍マーカー術前値:
-----	----------	------------

手術方法: (詳細は退院サマリー参照)	<input type="checkbox"/> 内視鏡治療	<input type="checkbox"/> 外科治療 (開腹)	<input type="checkbox"/> 外科治療 (腹腔鏡)	手術日:
------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--	------

術後補助化学療法の必要性: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	施行施設: <input type="checkbox"/> 専門施設 <input type="checkbox"/> 連携施設
---	---

化学療法内容	薬剤名:	治療(予定)期間:
--------	------	-----------

再発: <input type="checkbox"/> 有	再発確認日時:	再発内容:
--------------------------------	---------	-------

※ 再発時は専門施設に連絡をお願いします。

併存疾患:

follow up 計画: ○ 連携施設で行うもの ● 専門施設で行うもの

術後年月	3か月	6か月	9か月	1年	1年 3か月	1年 6か月	1年 9か月	2年	2年 3か月	2年 6か月	2年 9か月	3年
受診日												
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
直腸指診(直腸癌のみ)												
採血検査(腫瘍マーカー含む)	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
胸部X線		○				○				○		
腹部超音波		○				○				○		
胸腹部CT				●				●				●
胃内視鏡												
大腸内視鏡												

術後年月	3年 3か月	3年 6か月	3年 9か月	4年	4年 3か月	4年 6か月	4年 9か月	5年
受診日								
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	●
直腸指診(直腸癌のみ)								
採血検査(腫瘍マーカー含む)	○	○	○	●	○	○	○	●
胸部X線		○				○		
腹部超音波		○				○		
胸腹部CT				●				●
胃内視鏡								
大腸内視鏡								

備考:
