

佐賀県食道がん連携パス診療計画書・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対象)

(医療機関・患者さん交付用)

連携医療機関名	主治医名	連絡先
計画策定病院名	主治医名	連絡先

患者氏名	男・女	生年月日 年齢	患者連絡先
連携医療機関カルテ番号		計画策定病院カルテ番号	
病名	最終Stage	腫瘍マーカー術前値	
治療方法	☐ 内視鏡治療 ☐ 外科治療(開胸・開腹) ☐ 外科治療(鏡視下手術) ☐ 放射線化学療法		手術日
術後補助化学療法の必要性		☐ 必要 ☐ 不要	施行施設 ☐ 計画策定病院 ☐ 連携医療機関
化学療法内容	薬剤名	治療(予定)期間	
術後放射線治療の必要性		☐ 必要 ☐ 不要	施行施設 ☐ 計画策定病院 ☐ 連携医療機関
放射線治療内容		治療(予定)期間	

再発 ☐ 有	再発確認日時	再発内容
-------------------------------	--------	------

※再発時は計画策定病院に連絡をお願いします。

併存疾患

follow up 計画: ○ 連携医療機関で行うもの ● 計画策定病院で行うもの

術後年月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
受診日												
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
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		●		●		●		●		●		●
内視鏡				○				○				○

術後年月	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
受診日								
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	●
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				●				●
内視鏡				○				○

備考:

術後の経過観察			
術後の内視鏡検査	☐ 計画策定病院で行う ☐ 連携医療機関で行う		
術後のCT検査	☐ 計画策定病院で行う ☐ 連携医療機関で行う		
術後の超音波検査	☐ 計画策定病院で行う ☐ 連携医療機関で行う		
術後の採血検査	☐ 計画策定病院で行う ☐ 連携医療機関で行う		
術後年月	受診施設	診療内容	結果
3ヶ月 年 月 日	☐ 計画策定病院 ☐ 連携医療機関	☐ 問診・診察 ☐ 採血検査 ☐ 処方	☐ 再発あり・ ☐ 再発なし ☐ 施行せず

[illegible]