

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **胃がん術後補助化学療法後連携シート**

ID

連携医療機関

フリガナ

パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 _____

患者氏名

	受診施設	かかりつけ医	豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	1年1~2ヵ月	1年3ヶ月	1年4~5ヶ月	1年6ヶ月	1年7~8ヶ月	1年9ヶ月	1年10~11ヶ月	2年	2年1~2ヶ月	2年3ヶ月	2年4~5ヶ月	2年6ヶ月
	受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	腸閉塞症状												
	ダンピング症候群												
	胃食道逆流症状												
	貧血症状												
	狭窄												
	小胃症状												
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血液検査	RBC(赤血球)												
	WBC(白血球)												
	Hb(血色素量)												
	AST(GOT)												
	ALT(GPT)												
	LDH												
	Alb(アルブミン)												
	T-Bil(総ビリルビン)												
	BUN(尿素窒素)												
	Cr(クレアチニン)												
腫瘍マーカー	CEA												
	CA19-9												
	CA125												
画像検査	XP												
	腹部エコー												
	CT												
その他													
医師の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **胃がん術後補助化学療法後連携シート**

ID **0**

連携医療機関 **0**

フリガナ **0**

パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 **0**

患者氏名 **0**

	受診施設	かかりつけ医	豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	2年7~8ヶ月	2年9ヶ月	2年10~11ヶ月	3年	3年1~2ヶ月	3年3ヶ月	3年4~5ヶ月	3年6ヶ月	3年7~8ヶ月	3年9ヶ月	3年10~11ヶ月	4年
	受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	腸閉塞症状												
	ダンピング症候群												
	胃食道逆流症状												
	貧血症状												
	狭窄												
	小胃症状												
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血液検査	RBC(赤血球)												
	WBC(白血球)												
	Hb(血色素量)												
	AST(GOT)												
	ALT(GPT)												
	LDH												
	Alb(アルブミン)												
	T-Bil(総ビリルビン)												
	BUN(尿素窒素)												
	Cr(クレアチニン)												
腫瘍マーカー	CEA												
	CA19-9												
	CA125												
画像検査	XP												
	腹部エコー												
	CT												
その他													
医師の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **胃がん術後補助化学療法後連携シート**

ID 0

連携医療機関 0

フリガナ 0

パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 _____ 0

患者氏名 0

	受診施設	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	4年1~5ヶ月	4年6ヶ月	4年7~11ヶ月	5年
	受診日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	腸閉塞症状				
	ダンピング症候群				
	胃食道逆流症状				
	貧血症状				
	狭窄				
	小胃症状				
	体重	kg	kg	kg	kg
血液検査	RBC(赤血球)				
	WBC(白血球)				
	Hb(血色素量)				
	AST(GOT)				
	ALT(GPT)				
	LDH				
	Alb(アルブミン)				
	T-Bil(総ビリルビン)				
	BUN(尿素窒素)				
	Cr(クレアチニン)				
腫瘍マーカー	CEA				
	CA19-9				
	CA125				
画像検査	XP				
	腹部エコー				
	CT				
その他					
医師の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>