

患者情報

カルテ番号  
フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
  
生年月日  
市立豊中病院  
診療科名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

地域連携診療計画書（大腸がん術後補助化学療法連携パス『ゼローダ』）

- 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

連携開始年月日 <<DYTDAY>> 説明医 <<SYUSRNAME>>

1日2回（食後30分以内） 14日間服用 7日間休薬 を1コースとして 8コース（24週間）繰り返します。

○は必須項目 △は必要時実施項目

手術情報

病名 \_\_\_\_\_ (癌)  
手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
退院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
手術内容  
回盲部切除・結腸右半切除・横行結腸切除・結腸左半切除・  
S状結腸切除・高位前方切除・低位前方切除・腹会陰式直腸切断術  
その他 ( \_\_\_\_\_ )  
腹腔鏡補助下 **Yes/No**  
最終診断  
T **Tis・T1a・T1b・T2・T3・T4a・T4b**  
N **N0・N1・N2・N3** M **M0・M1a・M1b**  
Stage **0・I・II・III A・III B・IV**

投薬情報

補助化学療法 **ユーエフティー・ロイコボリン・ゼローダ・XELOX・FOLFOX**  
<補助化学療法「あり」の場合は、つぎの必要事項を入力>  
### ユーエフティー・ロイコボリン \_\_\_\_\_ 分 #REF! 食間  
### ユーエフティー顆粒・ロイコボリン \_\_\_\_\_ 分 #REF! 食間  
### ゼローダ \_\_\_\_\_ #REF! 分2  
投薬予定期間 **6ヶ月**

	1コース開始前	2コース開始前	3コース開始前	4コース開始前	5コース開始前	6コース開始前	7コース開始前	8コース開始前
受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受診施設	市立豊中病院	市立豊中病院 / 連携施設	市立豊中病院 / 連携施設	市立豊中病院 / 連携施設	市立豊中病院 / 連携施設	市立豊中病院 / 連携施設	市立豊中病院 / 連携施設	市立豊中病院 / 連携施設
投薬	○	○	○	○	○	○	○	○
	2週間分	2週間分	2週間分	2週間分	2週間分	2週間分	2週間分	2週間分
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
血圧	/	/	/	/	/	/	/	/
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
食欲不振	○	○	○	○	○	○	○	○
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○	○	○
下痢	○	○	○	○	○	○	○	○
口内炎	○	○	○	○	○	○	○	○
倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○
色素沈着	○	○	○	○	○	○	○	○
手足症候群	しびれ・痛み	○	○	○	○	○	○	○
	はれ	○	○	○	○	○	○	○
	ひび割れ	○	○	○	○	○	○	○
検査	採血	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○				○		
	胸部X線 or CT	○						
	腹部超音波・CT	○						

