

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 **大腸がん術後補助化学療法『ゼロータ』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 \_\_\_\_\_

	(術後) 受診日	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
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
		受診施設	豊中病院	豊中病院 / 連携施設	豊中病院 / 連携施設	豊中病院 / 連携施設	豊中病院 / 連携施設	豊中病院 / 連携施設	豊中病院 / 連携施設
診察	全身状態(PS)								
	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								
	その他								
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血液検査	WBC(白血球)								
	好中球								
	Hb(血色素量)								
	PLT(血小板)								
	T-Bil(総ビリルビン)								
	AST(GOT)								
	ALT(GPT)								
Cr(クレアチニン)									
腫瘍マーカー	CEA								
	CA19-9								
画像検査	XP								
	エコー								
	CT								
	大腸内視鏡								
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"/>