

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『ユーエフティ/ロイコボリン』）

- 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 <<DY TODAY>> 説明医 <<SYUSRNAME>>

一日3回（8時間毎・食後1時間をさけて）28日間服用、7日間休薬を1コースとして、5コース（約半年）続けます。

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

コース数	1コース		2コース		3コース		4コース		5コース	
受診日	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	
薬	投与量 朝・昼・夕 ユーエフティ ロイコボリン		投与量 朝・昼・夕 ユーエフティ ロイコボリン		投与量 朝・昼・夕 ユーエフティ ロイコボリン		投与量 朝・昼・夕 ユーエフティ ロイコボリン		投与量 朝・昼・夕 ユーエフティ ロイコボリン	
	2週間分		2週間分		2週間分		2週間分		2週間分	
体温	°C		°C		°C		°C		°C	
血圧	/		/		/		/		/	
体重	kg		kg		kg		kg		kg	
食欲不振	○		○		○		○		○	
下痢	○		○		○		○		○	
口内炎	○		○		○		○		○	
発疹	○		○		○		○		○	
色素沈着	○		○		○		○		○	
検査	採血 ○		採血 ○		採血 ○		採血 ○		採血 ○	
	腫瘍マーカー (CEA・CA19-9) ○				腫瘍マーカー (CEA・CA19-9) ○					
	胸部X線 or CT ○									
腹部超音波・CT ○										
特記事項										
申し送りおよび注意事項										

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『ユーエフティ/ロイコボリン』）

連携開始

説明医

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 _____

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・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>
_____ 分 _____ 食間
_____ 分 _____ 食間
_____ 分2
投薬予定期間 **6ヶ月**

○は必須項目 △は必要時実施項目 ●は術前検査不十分の場合

□はStage III大腸癌の際には実施

▲は補助化学療法施行時に実施

	(術後)	かかりつけ医	市立豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院	かかりつけ医	市立豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院	かかりつけ医	市立豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院
		7~8ヶ月 毎月受診	9ヶ月 月 日	10~11ヶ月 毎月受診	1年 月 日	1年1~2カ月 適宜受診	1年3ヶ月 月 日	1年4~5ヶ月 適宜受診	1年6ヶ月 月 日	1年7~8ヶ月 適宜受診	1年9ヶ月 月 日	1年10~11ヶ月 適宜受診	2年 月 日
診察	問診	食欲	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		腹部症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		排便	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	視触診	体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腹部理学所見		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
一般的内科的診察		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
採血	直腸指診(直腸癌)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	血算・生化学	▲	○	▲	○	△	○	△	○	△	○	○	
検査	CEA・CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	胸部レントゲンあるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	腹部超音波あるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
投薬	大腸内視鏡検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
投薬	補助化学療法薬	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	

	(術後)	かかりつけ医	市立豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院	かかりつけ医	市立豊中病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院
		2年1~2ヶ月 適宜受診	2年3ヶ月 月 日	2年4~5ヶ月 適宜受診	2年6ヶ月 月 日	2年7~8ヶ月 適宜受診	2年9ヶ月 月 日	2年10~11ヶ月 適宜受診	3年 月 日	3年 月 日	3年1~2ヶ月 適宜受診	3年3ヶ月 適宜受診	3年4~5ヶ月 適宜受診
診察	問診	食欲	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		腹部症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		排便	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	視触診	体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腹部理学所見		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
一般的内科的診察		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
採血	直腸指診(直腸癌)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	血算・生化学	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	○	
検査	CEA・CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	胸部レントゲンあるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	腹部超音波あるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
投薬	大腸内視鏡検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
投薬	補助化学療法薬	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	

	(術後)	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	市立豊中病院
		3年7~8ヶ月 適宜受診	3年9ヶ月 適宜受診	3年10~11ヶ月 適宜受診	4年 月 日	4年1~5ヶ月 適宜受診	4年6ヶ月 月 日	4年7~11ヶ月 適宜受診	5年 月 日
診察	問診	食欲	○	○	○	○	○	○	○
		腹部症状	○	○	○	○	○	○	○
		排便	○	○	○	○	○	○	○
	視触診	体重	○	○	○	○	○	○	○
腹部理学所見		○	○	○	○	○	○	○	
一般的内科的診察		○	○	○	○	○	○	○	
採血	直腸指診(直腸癌)	○	○	○	○	○	○	○	
	血算・生化学	△	○	△	○	△	○	△	
検査	CEA・CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	
	胸部レントゲンあるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	
	腹部超音波あるいはCT検査	○	○	○	○	○	○	○	
投薬	大腸内視鏡検査	○	○	○	○	○	○	○	
	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	
投薬	補助化学療法薬	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	