

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『ユーエフティ/ロイコボリン』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)	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	
		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	受診日	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	
診察	全身状態(PS)										
	食欲不振										
	悪心・嘔吐										
	下痢										
	口内炎										
	肝機能障害										
	発疹										
	色素沈着										
	その他										
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>