

大腸がん西濃地域連携パス(2) 登録番号()

患者氏名 様 (病院カルテNo. _____) かかりつけ医カルテNo. _____)

大垣市民病院外科		かかりつけ医		病院・医院・クリニック			
医師名 先生							
施設		病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	
経過(術後)	手術術式:	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	
術後年月日		____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	
実施日	H ____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日	
達成目標	再発症状がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腫瘍マーカー上昇なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
情報提供	診療情報提供書	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	
	検査結果説明	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	
検査 コメント記入欄	1. 胸部 X-p	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	
	2. CEA・CA19-9	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
	3. 腹部US	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	
	4. 腹部CT	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
	5. 注腸						
	6. ()						
観察項目	腹痛がある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	食思不振、嘔吐	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	下痢・便秘がある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	ふらつきがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	しびれがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	体重が減ってきた	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	来院時体重(kg)						
その他()	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)		
注意事項							