

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 | 1. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> |
| | 2. CEA・CA19-9 | 2. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> |
| | 3. 腹部 US | 3. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> |
| | 4. 腹部CT | 4. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> |
| | 5. 注腸 | | | 5. <input type="checkbox"/> | | |
| | 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 | | | | | | |