

大腸がん西濃地域連携パス(3) 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		かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
経過(術後)	手術術式: 術後年月日 実施日	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9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
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					
	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						