

# 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 H 年 月 日	2年9ヶ月 年 月 日	3年 年 月 日	3年3ヶ月 年 月 日	3年6ヶ月 年 月 日	3年9ヶ月 年 月 日	
達成目標		再発症状がない □	□	□	□	□	
		腫瘍マーカー上昇なし □	□	□	□	□	
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 2. CEA・CA19-9 3. 腹部US 4. 腹部CT 5. 注腸 6. ( )	1. □ 2. □ 3. □ 4. □					
	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							