



# 甲状腺がん西濃地域連携パス(5) 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 頭頸部・耳鼻いんこう科		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: 年月日	4年9ヶ月 年 月 日	5年 年 月 日	5年6ヶ月 年 月 日	6年 年 月 日	6年6ヶ月 年 月 日
術後年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施日		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"/>
	サイログロブリン上昇なし	<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. TSH /T3/ T4	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
	2. サイログロブリン	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
	3. カルシウム	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	4. 頸部US	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
	5. 胸部X-p	<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
	6. 頸胸部CT	<input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>			
	7. ( )					
観察項目	頸部の腫れがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	嗄声がある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	倦怠感	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	むくみがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	手のしびれ、痙攣	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	体重が減ってきた	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	来院時体重(kg)					
	その他( )	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
注意事項						