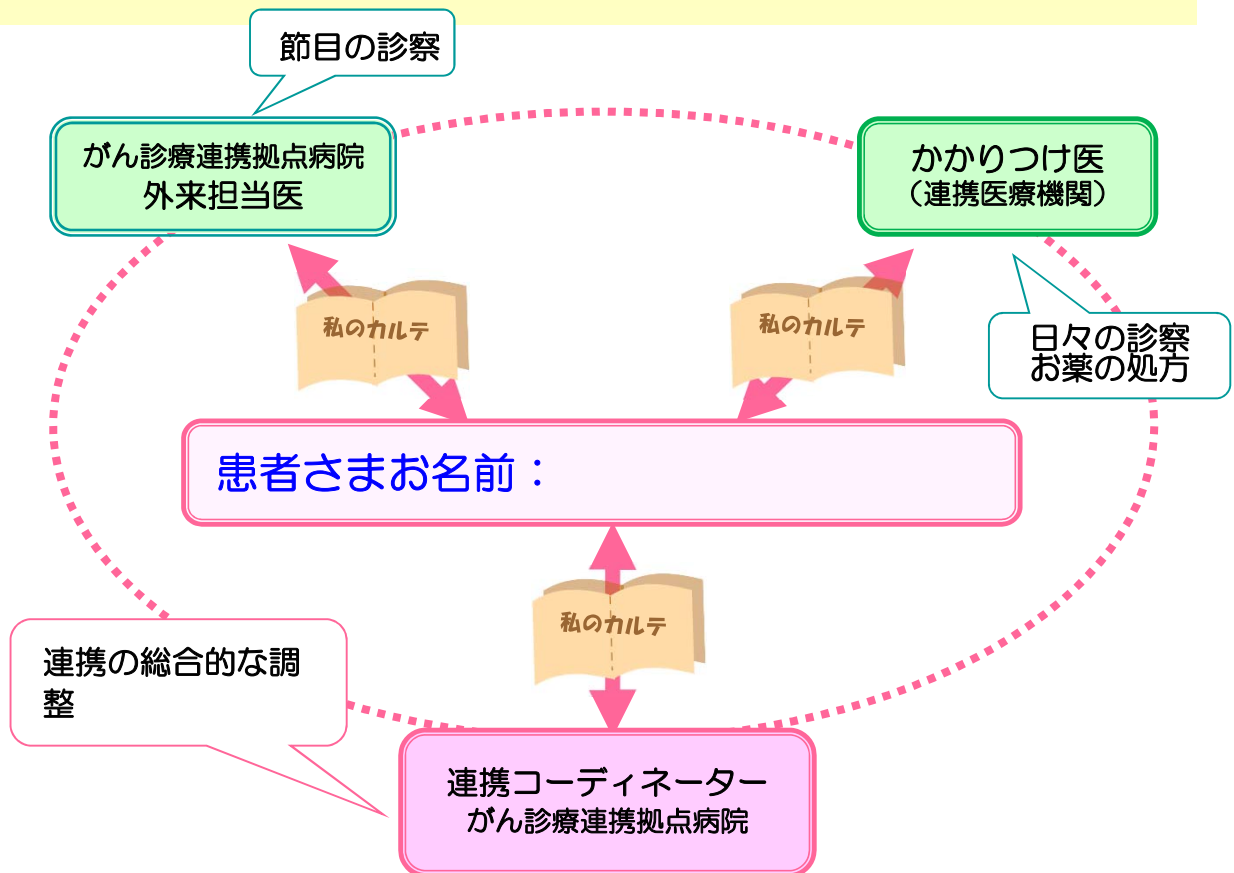


私のカルテ



「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、
ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 患者さま用 共同診療計画表
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

【連携先医療機関（かかりつけ医）】

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】

病院名：旭川医科大学病院

診療科と担当医師：

住 所：旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

電話番号：（病院代表）0166-65-2111

：（夜間休日）0166-66-9901

：（がん相談支援センター）0166-69-3231

「地域連携クリティカルパスについて」

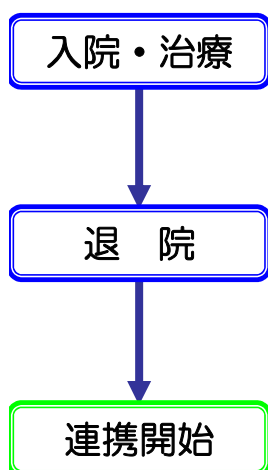
北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。

地域医療連携フローチャー

入院中に今後の医療連携についてご相談します



●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

わたしの診療情報

記載日 年 月 日

血液型	型	身長	cm	体重	kg
-----	---	----	----	----	----

アレルギー歴 (あり ・ なし)

既往歴

内服薬 (シール貼付も可。お薬手帳があれば記入はいりません。)

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 男 女 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		2ヶ月後	3ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 男 女 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		4ヶ月後	5ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 男 女 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		6ヶ月後	7ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		8ヶ月後	9ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		10ヶ月後	11ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		1年後	1年3ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	°C	°C
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		1年6ヶ月後	1年9ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		2年後	2年3ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	°C	°C
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		2年6ヶ月後	2年9ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		3年後	3年3ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	°C	°C
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		3年6ヶ月後	3年9ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		4年後	4年3ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	°C	°C
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		4年6ヶ月後	4年9ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	°C	°C
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
		◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由	◎次回申し送り、注意事項記入欄

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		5年後	
		年	月 日
看護師	バイタル	体温	°C
		血圧	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内視鏡	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	
	特記事項		
サイン		Dr:	NS:
◎バリエーション集計欄			
逸脱:理由			
変動:理由			

(がん診療連携拠点)病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		(がん診療連携拠点)病院	
		退院時	1ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> GOT&GPT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> GOT&GPT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 手指のふるえ <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 手指のふるえ <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	説明	<input type="checkbox"/> 手術の合併症の説明	
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
		特記事項	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

(がん診療連携拠点)病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		(がん診療連携拠点)病院		
		6ヶ月後	1年後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査		<input type="checkbox"/> 腹部CT	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	
	特記事項			
サイン	Dr: NS:	Dr: NS:		
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

(がん診療連携拠点)病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		(がん診療連携拠点)病院				
		1年6ヶ月後		2年後		
		年	月	日	年	月
看護師	バイタル	体温	℃		℃	
		血圧	/		/	
		HR	回/分 不整脈 あり・なし		回/分 不整脈 あり・なし	
		体重	kg		kg	
	特記事項					
医師	PS	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		
	検査			<input type="checkbox"/> 腹部CT		
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()		<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()		
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー		<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー		
	特記事項					
サイン	Dr:	NS:		Dr:	NS:	
◎バリエーション集計欄		◎次回申し送り、注意事項記入欄				
逸脱:理由						
変動:理由						

(がん診療連携拠点)病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		(がん診療連携拠点)病院		
		2年6ヶ月後	3年後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査		<input type="checkbox"/> 腹部CT	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	
	特記事項			
サイン	Dr: NS:	Dr: NS:		
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

(がん診療連携拠点)病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		(がん診療連携拠点)病院	
		3年6ヶ月後	4年後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査		<input type="checkbox"/> 腹部CT
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
		特記事項	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

(がん診療連携拠点)病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		(がん診療連携拠点)病院	
		4年6ヶ月後	5年後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査		<input type="checkbox"/> 腹部CT
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ()
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
		特記事項	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日

