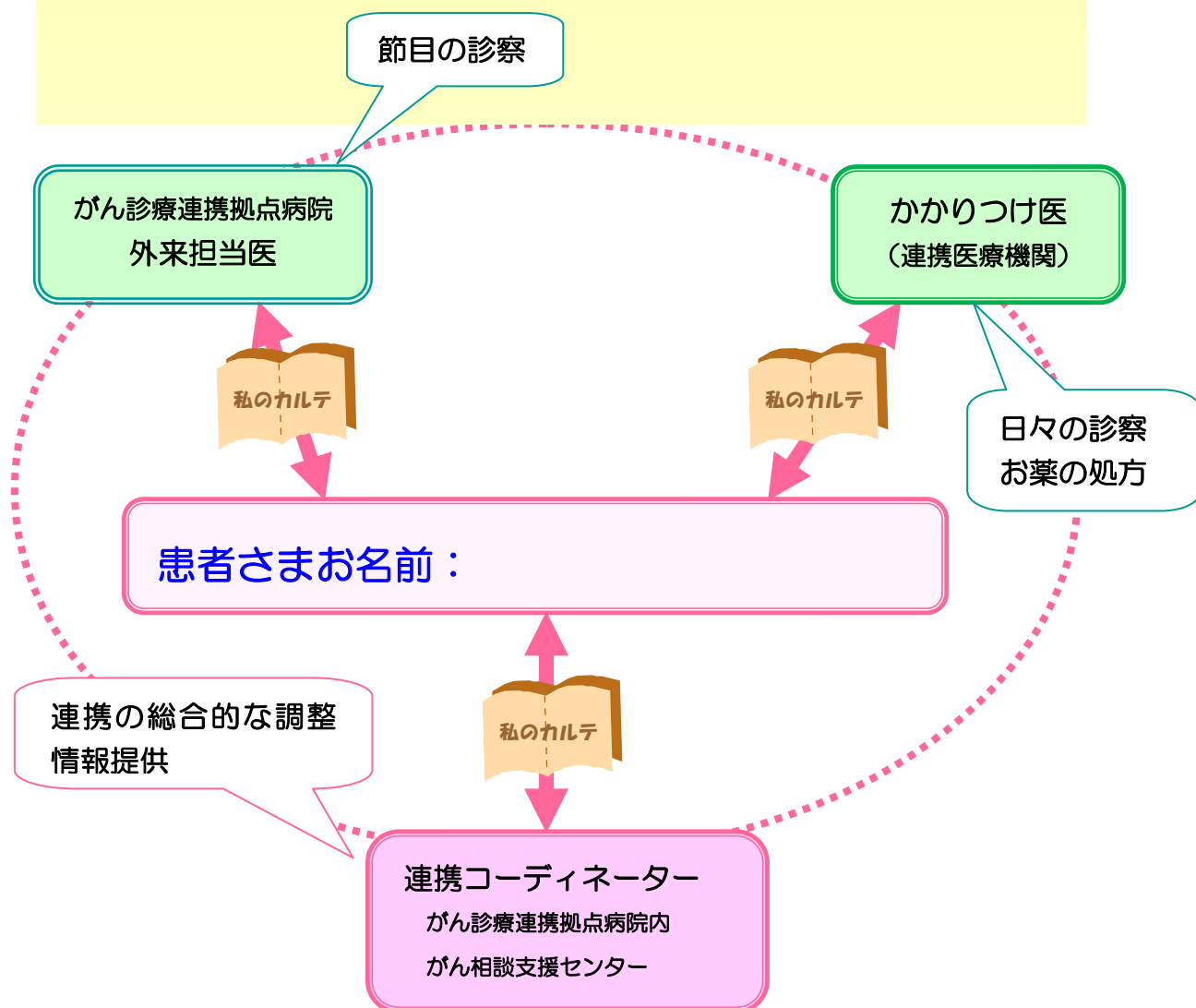


# 私のカルテ



(共 通)

## 「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。

(共 通)

**【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

(共 通)

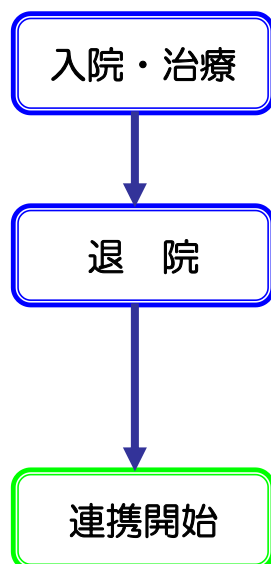
## 「地域連携クリティカルパスについて」

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。
- 「連携パス」に基づいて主治医が複数になり、協力して診療を行います。

### 地域医療連携フローチャート



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。

(共 通)

## 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。)



## 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





# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		
		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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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	℃	℃
		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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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	℃	℃
		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		



# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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	℃	℃
		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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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	℃	℃
		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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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	℃	℃
		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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## 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	℃
		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	
	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			

# 胃癌術後フォロー連携パス

## (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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## (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	<input type="checkbox"/> 腹部CT <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 <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		



# 胃癌術後フォロー連携パス

## (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 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	<input type="checkbox"/> 腹部CT <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 ( )	<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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## (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(必要時)	<input type="checkbox"/> 腹部CT <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 ( )	<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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## (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(必要時)	<input type="checkbox"/> 腹部CT <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 ( )	<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		

# 胃癌術後フォロー連携パス

## (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(必要時)	<input type="checkbox"/> 腹部CT <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 ( )	<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		