パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療連携室へFAXをお願いいたします。

パス名称	大腸がん術後補助化学療法『ゼローダ』連携シート		ID
連携医療機関			フリガナ
パス開始日	手術日	主治医	患者氏名

	<u> </u>		日松益	l a	7月月九公会会	2-	2コーフ目が		4	明仏哉	T =	フ目が	Afr I	6	目がお		<u> </u>	即松盐	0-	_ フ 目	<u></u> 胆松盐
	/ /#= /// \	1コース開始前		21-/	コー人開始則		一人用火	・人用炤削		41一人用炉削		31一人用炉削		0	-人用炉削		<u> </u>	8-1-	-	<u> </u>	
	(術後)			_			_				1		_			_					
	受診日	月	日	F				日	月			<u>月</u> 日			月 日		月			月	日
	受診施設	豊中症	利阮	豊中病院	/ 連携施設	豊中郷	丙院 / 連携	 表施設	豊中病院	/ 連携施設	豊中病	院 / 連携	施設	豊中病院	1/連携施	設豊	量中病院 /	/ 連携施設	豊中病	院 / :	連携施設
	全身状態(PS)																				
	食欲不振															_					
	悪心・嘔吐																				
	下痢										-										
診察 - - -	口内炎																				
	倦怠感																				
	色素沈着																				
	手足症候群																				
	その他																				
	体重		kg		kg			kg		kg			kg		ŀ	g		kg			kg
血液検査	WBC(白血球)																				
	好中球																				
	Hb(血色素量)																				
	PLT(血小板)																				
	T-Bil(総ビリルビン)																				
	AST(GOT)																				
	ALT(GPT)																				
	Cr(クレアチニン)																				
腫瘍マーカー・	CEA																				
	CA19-9																				
画像検査	XP																				
	エコー																				
	CT																				
	大腸内視鏡																				
その他																					
医師の確認																					

市立豊中病院