

カルテ番号  
フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
生年月日  
市立豊中病院  
診療科名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

|        |                                                                                                              |   |   |  |  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|
| 病 名    | 癌)                                                                                                           |   |   |  |  |
| 手術日    | 年                                                                                                            | 月 | 日 |  |  |
| 退院日    | 年                                                                                                            | 月 | 日 |  |  |
| 手術内容   | 回盲部切除・結腸右半切除・横行結腸切除・結腸左半切除・<br>S状結腸切除・高位前方切除・低位前方切除・腹会陰式直腸切断術<br>その他 ( )                                     |   |   |  |  |
| 腹腔鏡補助下 | Yes・No                                                                                                       |   |   |  |  |
| 最終診断   | T <b>Tis・T1a・T1b・T2・T3・T4a・T4b</b><br>N <b>N0・N1・N2・N3</b> M <b>M0・M1a・M1b</b><br>Stage <b>0・Ⅰ・Ⅱ・ⅢA・ⅢB・Ⅳ</b> |   |   |  |  |

| 補助化学療法                           |          |
|----------------------------------|----------|
| ユーエフティー・ロイコボリン・ゼローダ・XELOX・FOLFOX |          |
| ＜補助化学療法「あり」の場合は、つぎの必要事項に入力＞      |          |
| ユーエフティー・ロイコボリン                   | 分 食間     |
| ユーエフティー顆粒・ロイコボリン                 | 分 食間     |
| ゼローダ                             | #REF! 分2 |
| 投薬予定期間                           | 6ヶ月      |

■連携パスの達成目標（術後補助化学療法期間中）  
 ①術後連携によるフォローアップ ②術後補助化学療法の完遂 ③術後合併症、副作用、再発の早期発見  
 ■術後補助化学療法開始前の説明と確認  
 □術後の合併症と対処法について □本治療法について □副作用について

説明医

○は必須項目 △は必要時実施項目

[illegible]

