

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後連携シート**

連携医療機関 \_\_\_\_\_

パス開始日 \_\_\_\_\_ 手術日 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

ID

フリガナ

患者氏名

|        | 受診施設          | かかりつけ医                   | 豊中病院 or かかりつけ医           | かかりつけ医                   | 豊中病院                     | かかりつけ医                   | 豊中病院 or かかりつけ医           | かかりつけ医                   | 豊中病院                     | かかりつけ医                   | 豊中病院 or かかりつけ医           | かかりつけ医                   | 豊中病院                     |
|--------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        | (術後)          | 7～8ヶ月                    | 9ヶ月                      | 10～11ヶ月                  | 1年                       | 1年1～2ヵ月                  | 1年3ヶ月                    | 1年4～5ヶ月                  | 1年6ヶ月                    | 1年7～8ヶ月                  | 1年9ヶ月                    | 1年10～11ヶ月                | 2年                       |
|        | 受診日           | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      |
| 診察     | 腸閉塞症状         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 排便状態          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 貧血症状          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 体重            | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       |
| 血液検査   | WBC(白血球)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | Hb(血色素量)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | PLT(血小板)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | AST(GOT)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | ALT(GPT)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | T-Bil(総ビリルビン) |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | BUN(尿素窒素)     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 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  |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

市立豊中病院

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後連携シート**

連携医療機関 \_\_\_\_\_

パス開始日 \_\_\_\_\_ 手術日 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

ID

フリガナ

患者氏名

|        | 受診施設          | かかりつけ医                   | 豊中病院 or かかりつけ医           | かかりつけ医                   | 豊中病院                     | かかりつけ医                   | 豊中病院 or かかりつけ医           | かかりつけ医                   | 豊中病院                     | かかりつけ医                   | かかりつけ医                   | かかりつけ医                   | 豊中病院                     |
|--------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|        | (術後)          | 2年1～2ヶ月                  | 2年3ヶ月                    | 2年4～5ヶ月                  | 2年6ヶ月                    | 2年7～8ヶ月                  | 2年9ヶ月                    | 2年10～11ヶ月                | 3年                       | 3年1～2ヶ月                  | 3年3ヶ月                    | 3年4～5ヶ月                  | 3年6ヶ月                    |
|        | 受診日           | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      |
| 診察     | 腸閉塞症状         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 排便状態          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 貧血症状          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 体重            | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       |
| 血液検査   | WBC(白血球)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | Hb(血色素量)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | PLT(血小板)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | AST(GOT)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | ALT(GPT)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | T-Bil(総ビリルビン) |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | BUN(尿素窒素)     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|        | 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  |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

市立豊中病院

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後連携シート**

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

|            | 受診施設          | かかりつけ医                   | かかりつけ医                   | かかりつけ医                   | 豊中病院                     | かかりつけ医                   | 豊中病院                     | かかりつけ医                   | 豊中病院                     |
|------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|            | (術後)          | 3年7～8ヶ月                  | 3年9ヶ月                    | 3年10～11ヶ月                | 4年                       | 4年1～5ヶ月                  | 4年6ヶ月                    | 4年7～11ヶ月                 | 5年                       |
|            | 受診日           | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      | 月 日                      |
| 診察         | 腸閉塞症状         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | 排便状態          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | 貧血症状          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | 体重            | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       | kg                       |
| 血液検査       | WBC(白血球)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | Hb(血色素量)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | PLT(血小板)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | AST(GOT)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | ALT(GPT)      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | T-Bil(総ビリルビン) |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|            | BUN(尿素窒素)     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 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      |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

市立豊中病院