

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『ユーエフティ/ロイコボリン』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

	(術後)	1コース開始前		2コース開始前		3コース開始前		4コース開始前		5コース開始前
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	受診施設	豊中病院		豊中病院 / 連携施設						
診察	全身状態(PS)									
	食欲不振									
	悪心・嘔吐									
	下痢									
	口内炎									
	肝機能障害									
	発疹									
	色素沈着									
	その他									
	体重	kg								
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		<input type="checkbox"/>								