

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カ月	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 **0**

連携医療機関 **0**

フリガナ **0**

パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 _____ 0 _____

患者氏名 **0**

	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 **0**

連携医療機関 **0**

フリガナ **0**

パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 _____ **0**

患者氏名 **0**

	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