

千葉県共用がん地域医療連携パス 診療計画表 (胃がん ステージ I)

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

患者様氏名 (ID)	様	生年月日・性別	MTSH ____年__月__日 (____歳) 男・女
---------------	---	---------	---------------------------------

入院中 (入院日: ____年__月__日)		退院後 (退院日: ____年__月__日)																							
計画策定病院	入院中の治療	経過	2週間	3ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	1年	1年1ヶ月	1年6ヶ月	1年7ヶ月	2年	2年1ヶ月	2年6ヶ月	3年	3年1ヶ月	3年6ヶ月	4年	4年1ヶ月	4年6ヶ月	5年	5年1ヶ月			
		計画策定病院	入院中の治療	<input type="checkbox"/> 手術																					
<input type="checkbox"/> 化学療法																									
<input type="checkbox"/> 放射線治療																									
<input type="checkbox"/> 入院緩和治療																									
<input type="checkbox"/> その他療法																									
退院後の目標	計測		体重・血圧	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	○	●	
	臨床症状		全身症状・食欲・便通の変化等	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	○	●	
	検査		腫瘍マーカー		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
			CBC		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
			肝機能		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
腎機能			○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
	上部内視鏡							●					●			●			●			●			
	造影CT(腹部)							●					●			●			●			●			
	単純CT(肺)												●						●						
	腹部超音波					●					●														

●は、計画策定病院へ受診して検査します。

○は、連携医療機関へ受診して検査します。

私は、胃がんの診療計画について説明を受けました。
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。