

胃がん術後地域連携パス（医療者用）（TS-1服用なし）

患者情報

カルテ番号 _____

ふりがな _____

患者氏名 _____ 様 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術情報

手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病期 T N H P M C Y Stage _____

胃切除内容	リンパ節郭清	再 建 法	術前治療
<input type="checkbox"/> 幽門側胃切除術	<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> Billroth I 法	<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 噴門側胃切除術	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> Billroth II 法	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 胃全摘術	<input type="checkbox"/> D1+β	<input type="checkbox"/> R-Y 法	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> D1+α	<input type="checkbox"/> 空腸間置法	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	

点滴化学療法、放射線治療などの情報

既往と他薬剤情報

連絡先:

計画策定病院名: _____

主治医: _____

連絡先: _____

連携医療機関名: _____

担当医: _____

連絡先: _____

○は必須項目 △は必要時実施項目

施設		連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院	連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院
術後		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
日程		/	/	/	/	/	/
診察	問診	腸閉塞症状					
		ダンピング症状					
		食道逆流症状					
		貧血症状	○	○	○	○	○
		小胃症状					
		一般内科的症状					
	視・触診	○	○	○	○	○	○
採血	血算・生化学	△	△	○	△	△	○
	CEA・CA19-9	△	△	○	△	△	○
検査	胸部Xp			○			
	胸腹部CT						○
	腹部超音波			○			
	内視鏡						○
	その他						
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△

施設		連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院	連携医療機関	連携医療機関	計画策定病院
術後		7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
日程		/	/	/	/	/	/
診察	問診	腸閉塞症状					
		ダンピング症状					
		食道逆流症状					
		貧血症状	○	○	○	○	○
		小胃症状					
		一般内科的症状					
	視・触診	○	○	○	○	○	○
採血	血算・生化学	△	△	○	△	△	○
	CEA・CA19-9	△	△	○	△	△	○
検査	胸部Xp			○			
	胸腹部CT						○
	腹部超音波			○			
	内視鏡						○
	その他						
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△

- ※ 定期受診日以外でも必要があれば連携医療機関(計画策定病院)を受診。
- ※ 内視鏡検査は、かかりつけ医でも可。胃全摘の場合、2年に1回程度。
- ※ 追加治療必要時は、上記スケジュールに付加される。
- ※ CT, GIF, USなどの検査は上記以外でも必要な際には追加される。