

【医療者用】治療記録シート(胃がん地域連携パス)

No.1

患者氏名

区分	項目	退院時	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目	10ヶ月目											
		年月日																					
		拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医											
身体測定	身長(cm)																						
	体重(kg)																						
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
自覚症状(問診)	発熱	<input type="checkbox"/>																					
	食欲不振	<input type="checkbox"/>																					
	体重減少	<input type="checkbox"/>																					
	創部痛	<input type="checkbox"/>																					
		はい	いいえ																				
身体見所	PSの悪化がみられない	<input type="checkbox"/>																					
	急激な体重増減がない	<input type="checkbox"/>																					
	血圧・体温に異常がない	<input type="checkbox"/>																					
	食事を正常に摂取できる	<input type="checkbox"/>																					
	術後後遺症が認められない	<input type="checkbox"/>																					
	腸閉塞症状が認められない	<input type="checkbox"/>																					
	視・触診に異常が認められない	<input type="checkbox"/>																					
検査所見	生化学検査に異常は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	腫瘍マーカーに異常は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	画像検査に異常は認められない					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
総合所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	拠点病院への紹介基準に該当しない			<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"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果(値)	腫瘍マーカー	CEA																					
		CA19-9																					
	その他																						
画像検査の実施の有無	単純CT検査(胸部~骨盤)												<input type="checkbox"/>										
	造影CT検査(腹部)												<input type="checkbox"/>										
	腹部超音波検査												<input type="checkbox"/>										
	胃内視鏡検査																						
投薬	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>																					
	Drサイン																						

【医療者用】治療記録シート(胃がん地域連携パス)

No.6

患者氏名

区分	項目	55ヶ月目	56ヶ月目	57ヶ月目	58ヶ月目	59ヶ月目	60ヶ月目	備考									
		年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日										
		かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院										
身体測定	身長(cm)																
	体重(kg)																
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有						
自覚症状 (問診)		<input type="checkbox"/>															
		<input type="checkbox"/>															
		<input type="checkbox"/>															
		<input type="checkbox"/>															
		はい	いいえ														
身体見	PSの悪化がみられない	<input type="checkbox"/>															
	急激な体重増減がない	<input type="checkbox"/>															
	血圧・体温に異常がない	<input type="checkbox"/>															
	食事を正常に摂取できる	<input type="checkbox"/>															
	術後後遺症が認められない	<input type="checkbox"/>															
	腸閉塞症状が認められない	<input type="checkbox"/>															
	視・触診に異常が認められない	<input type="checkbox"/>															
検査所見	生化学検査に異常は認められない	<input type="checkbox"/>															
	腫瘍マーカーに異常は認められない	<input type="checkbox"/>															
	画像検査に異常は認められない																
総合所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>															
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>															
	拠点病院への紹介基準に該当しない	<input type="checkbox"/>															
検査結果 (値)	腫瘍マーカー	CEA															
		CA19-9															
	その他																
画像検査の実施の有無	単純CT検査(胸部~骨盤)																
	造影CT検査(腹部)																
	腹部超音波検査																
	胃内視鏡検査																
投薬	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>															
	Drサイン																