

【医療者用】治療記録シート(早期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	拠点/かかりつけ	かかりつけ医	拠点/かかりつけ	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/かかりつけ	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"/>																					
	腹痛	<input type="checkbox"/>																					
	下血	<input type="checkbox"/>																					
		はい	いいえ																				
身体所見	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"/>																					
	腹部圧痛が認められない	<input type="checkbox"/>																					
	腹部膨満が認められない	<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"/>														
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"/>													
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	CT検査(胸部～骨盤)													<input type="checkbox"/>									
	胃内視鏡検査		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>									
投薬	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>																					
	Drサイン																						

