

胃がん 術後連携パス (治癒切除例)

様 年齢 才 男・女
 手術日: 20 年 月 日
 Stage : I A I B
 術式 :

病院 主治医: (電話:)
 診療所名: 主治医: (電話:)

	20 年		20 年		20 年		20 年		20 年		
	退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標	再発の早期発見・術後合併症の診断・適切な対応										術後フォローの完遂
連携・連絡 教育・指導	→ 再発、合併症発生等の場合、病院に連絡 <input type="checkbox"/> 治療スケジュールおよびパス説明										
診察 ①食事	<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"/>
②体重	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg
③便通	<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"/>
④その他の症状											
逆流	<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"/>
ダンピング	<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"/>
貧血(Fe・B12)	<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"/>
栄養状態	<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 ①受診	<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"/>
②採血(検血・生化など)	3~6ヶ月毎 →										
③腫瘍マーカー(CEA/CA19-9)	3~6ヶ月毎 →										
④便潜血(2日間)	年に1回	<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"/>
⑤内視鏡(GF)**		<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"/>
⑥胸・腹部・骨盤CT		(<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"/>

()*: Stage I bの時必須
 **: 胃全摘時は省略可

異常発現時の連絡	平日	→ 診療所外来
	それ以外	→ 病院救外

パス逸脱日		
平成	年	月 日