

食道癌連携パス診療計画書

2014.4.18 改訂版

連携施設:	病院	先生	連絡先:
専門施設:	佐賀県医療センター好生館	先生	連絡先:0952-24-2171

患者氏名: <<ORIBP_KANJI>>	<<ORIBP_SEX>>	生年月日: <<ORIBP_BIRTHDAY>>	患者連絡先
		年齢: <<SYAGE>>	
連携施設カルテ番号:		専門施設カルテ番号: <<SYPID>>	
病名:	最終Stage:	腫瘍マーカー術前値:	
手術方法: (詳細は退院サマリ参照)	<input type="checkbox"/> 内視鏡治療	<input type="checkbox"/> 外科治療 (開腹)	<input type="checkbox"/> 外科治療 (腹腔鏡)
術後補助化学療法の必要性: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			施行施設: <input type="checkbox"/> 専門施設 <input type="checkbox"/> 連携施設
化学療法内容	薬剤名:	治療(予定)期間:	

再発: <input type="checkbox"/> 有	再発確認日時:	再発内容:
--------------------------------	---------	-------

※ 再発時は専門施設に連絡をお願いします。

併存疾患:

follow up 計画: ○ 連携施設で行うもの ● 専門施設で行うもの

術後年月	3か月	6か月	9か月	1年	1年3か月	1年6か月	1年9か月	2年	2年3か月	2年6か月	2年9か月	3年
受診目安 年・月												
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
採血検査(腫瘍マーカー含む)	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
胸部X線		○				○				○		
頸部・腹部エコー		○				○				○		
頸胸腹部CT				●				●				●
上部消化管内視鏡				○								○

術後年月	3年3か月	3年6か月	3年9か月	4年	4年3か月	4年6か月	4年9か月	5年
受診目安 年・月								
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	●
採血検査(腫瘍マーカー含む)	○	○	○	●	○	○	○	●
胸部X線		○				○		
頸部・腹部エコー		○				○		
頸胸腹部CT				●				●
上部消化管内視鏡				○				○

備考:

食道癌連携パス診療経過連絡票

氏名: <<ORIBP_KANJI>> 様 ID: <<SYPID>> 生年月日: <<ORIBP_BIRTHDAY>>

術後年月	施設	診療内容・結果	追加連絡事項
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし
年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携	<input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 採血検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> あり
術後 年 ヶ月	<input type="checkbox"/> 専門	<input type="checkbox"/> コメント ()	<input type="checkbox"/> なし

本用紙はFAX・郵送いづれにも利用可能です。
 FAX送信先
 佐賀県医療センター好生館 相談支援センター
 0952-28-1250

追加連絡事項がある場合は、「わたしのカルテ」P23～の
 質問・連絡・コメント欄への記載、もしくは情報提供書で送付
 をお願いいたします。