

【共同診療計画書】術後UFT

病院名: _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID: _____
 連携医療機関名 _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID: _____

氏名 _____

手術後の月日 術後補助化学療法の日	病院	病院	病院	病院	病院	連携医療機関 (病院も可)		病院	連携医療機関 (病院も可)				病院	
	1年													
	退院後初回	内服開始前	2ヶ月 内服2週間 内服1ヶ月		3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
達成目標 術後連携によるフォローアップ 手術後後遺症、治療による副作用症状への対応	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
連携、連絡 術後連携の説明 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡 _____>													
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 創痛 咳 痰 息切れ 嘔声 UFTの副作用(消化器症状、倦怠感など) UF併用注意の確認	<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"/>
診察 全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 問診 全身症状 胸部症状 視触診・聴診	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA/)	<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"/>
胸部X線 胸腹部CT 頭部MRI・CT 骨シンチ	<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"/>)
投薬 一般薬 抗がん剤 その他	<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"/>

【共同診療計画書】術後UFT

病院名: _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID: _____
 連携医療機関名: _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID: _____

氏名 _____

手術後の月日 術後補助化学療法の月日	連携医療機関 (病院も可)					病院	連携医療機関 (病院も可)					病院	
	2年												
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月	
達成目標 術後連携によるフォローアップ 手術後後遺症、治療による副作用症状への対応	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
連携、連絡 術後連携の説明 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡 →												
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 創痛 咳 痰 息切れ 嘔声 UFTの副作用(消化器症状、倦怠感など) UF併用注意の確認	<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"/>	
診察 全身状態 PS 血压 体温 体重 (kg) 問診 全身症状 胸部症状 視触診・聴診	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
検査 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA/) 胸部X線 胸腹部CT 頭部MRI・CT 骨シンチ	<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"/>	
投薬 一般薬 抗がん剤 その他	<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"/>	

【共同診療計画書】術後UFT

病院名: _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID: _____
 連携医療機関名: _____ 担当医 _____ (電話: _____) 患者ID: _____

氏名 _____

	連携医療機関 (病院でも可)	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関				病院	連携医療機関名				病院
	3年					4年				5年					
	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月		
手術後の月日 術後補助化学療法の月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標 術後連携によるフォローアップ 手術後後遺症、治療による副作用症状への対応	<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"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 術後連携の説明 手術後後遺症 再発等発生時の連絡先確認	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡 _____ → _____														
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 創痛 咳 痰 息切れ 嘔声 UFTの副作用(消化器症状、倦怠感など)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
診察 全身状態 PS 血压 体温 体重 (kg) 問診 全身症状 胸部症状 視触診・聴診	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA/)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
胸部X線 胸腹部CT 頭部MRI・CT 骨シンチ		<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"/>
投薬 一般薬 抗がん剤 その他	<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"/>	<input type="checkbox"/>