

共同診療計画書(胃がんステージⅡ/Ⅲ)

氏名: _____

病院名: _____ 担当医 _____ (電話: _____)

調剤薬局名: _____ (電話: _____)

かかりつけ医名: _____ 担当医 _____ (電話: _____)

調剤薬局名: _____ (電話: _____)

	病院	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	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関または病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関または病院	連携医療機関	病院
	1年				2年				3年				4年				5年				
	(1ヵ月)	(3ヵ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)
達成目標 術後連携によるフォローアップ	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術後後遺症への対応																					
手術後後遺症、再発の早期発見																					
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																					
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 ダンピング症候群 貧血 骨粗鬆症 逆流性食道炎 小胃症状	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察・検査 全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 身長 (cm) 問診 全身症状 腹部症状 視触診 顔面: 貧血、黄疸 頸部: 鎖骨上窩リンパ節腫大 腹部	<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"/>	<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	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー(CEA/CA19-9)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT検査(超音波検査) 胸部X線検査 胃内視鏡検査		<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(□)(■): 症例に応じて施行を決定する

■: かかりつけ医でも可能(かかりつけ医で検査を行う場合は、病院受診以前に検査施行し、データを貼付する事)