

【カルテ】

		第1クール開始前	服薬14日目	服薬28日目		
		病院／連携医療機関	病院／連携医療機関	病院／連携医療機関		
受診	受診予定月	年 月	年 月	年 月		
	受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
目標	術後障害がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい		
	がんの再発兆候がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい		
	予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい		
医師記入	血液検査 血液データ参照値 WBC (3000/mm ³ 以上) 好中球 (1500/mm ³ 以上) Hb (9.0g/dl以上) 血小板 (10万/mm ³ 以上) 生化学 T-Bil (施設基準値上限×1.5倍未満) AST・ALT (施設基準値上限×2.5倍未満) Cr (施設基準値上限) 腫瘍マーカー CEA・CA19-9	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○		
		TS-1投与量 (mg/日)				
		服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		所見ある時記入 診察所見	Performance Status (PS)			
			食欲不振			
			悪心・嘔吐			
			下痢			
			口内炎			
			倦怠感			
			色素沈着			
ダンピング症状						
その他	*注意事項：TS-1は4週間投与、2週間休薬が基本スケジュールです。(適宜変更されることがあります)					
患者記入 自分の状態	医師サイン					
	体重	Kg	Kg	Kg		
	腹痛					
	食欲不振が続く					
	吐気					
	嘔吐					
	下痢 (性状)					
	口内炎 (部位)					
	身体がだるい					
	ダンピング症状 (頭痛・めまい・発汗・脱力感)					
その他						
備考						

		第3クール開始前	服薬14日目	服薬28日目
		病院／連携医療機関	病院／連携医療機関	病院／連携医療機関
	受診	受診予定月 年 月	年 月	年 月
		受診日 年 月 日	年 月 日	年 月 日
医師記入	目標	術後障害がない <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
		がんの再発兆候がない <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
		予定通り治療できる <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
医師記入	血液検査	血液データ参照値 WBC (3000/mm ³ 以上) 好中球 (1500/mm ³ 以上) Hb (9.0g/dl以上) 血小板 (10万/mm ³ 以上) 生化学 T-Bil (施設基準値上限×1.5倍未満) AST・ALT (施設基準値上限×2.5倍未満) Cr (施設基準値上限) 腫瘍マーカー CEA・CA19-9	<input type="checkbox"/> 採血 ○	<input type="checkbox"/> 採血 ○
	内服	TS-1 投与量 (mg/日)		
所見ある時記入		服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	診察所見	Performance Status (PS)		
		食欲不振		
		悪心・嘔吐		
		下痢		
		口内炎		
		倦怠感		
		色素沈着		
ダンピング症状				
その他	*注意事項：TS-1は4週間投与、2週間休薬が基本スケジュールです。(適宜変更されることがあります)			
患者記入	医師サイン			
	自分の状態	体重	Kg	Kg
		腹痛		
		食欲不振が続く		
		吐気		
		嘔吐		
		下痢 (性状)		
		口内炎 (部位)		
		身体がだるい		
ダンピング症状 (頭痛・めまい・発汗・脱力感)				
その他				
備考				

		第5クール開始前	服薬14日目	服薬28日目	
		病院／連携医療機関	病院／連携医療機関	病院／連携医療機関	
受診	受診予定月	年 月	年 月	年 月	
	受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
目標	術後障害がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	
	がんの再発兆候がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	
	予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	
医師記入	血液検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血	
		血液データ参照値 WBC (3000/mm ³ 以上) 好中球 (1500/mm ³ 以上) Hb (9.0g/dl以上) 血小板 (10万/mm ³ 以上)	○	○	○
		生化 T-Bil (施設基準値上限×1.5倍未満) AST・ALT (施設基準値上限×2.5倍未満) Cr (施設基準値上限)	○	○	○
		腫瘍マーカー CEA・CA19-9	○		
		内服	TS-1 投与量 (mg/日)		
		服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	所見ある時記入	診察所見	Performance Status (PS)		
			食欲不振		
			悪心・嘔吐		
			下痢		
口内炎					
倦怠感					
色素沈着					
ダンピング症状					
その他		*注意事項：TS-1は4週間投与、2週間休薬が基本スケジュールです。(適宜変更されることがあります)			
	医師サイン				
患者記入	自分の状態	体重	Kg	Kg	Kg
		腹痛			
		食欲不振が続く			
		吐気			
		嘔吐			
		下痢 (性状)			
		口内炎 (部位)			
		身体がだるい			
	ダンピング症状 (頭痛・めまい・発汗・脱力感)				
	その他				
備考					

		第7クール開始前	服薬14日目	服薬28日目	
		病院／連携医療機関	病院／連携医療機関	病院／連携医療機関	
受診	受診予定月	年 月	年 月	年 月	
	受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
目標	術後障害がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	
	がんの再発兆候がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	
	予定通り治療できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	
医師記入	血液検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血	
		血液データ参照値 WBC (3000/mm ³ 以上) 好中球 (1500/mm ³ 以上) Hb (9.0g/dl以上) 血小板 (10万/mm ³ 以上)	○	○	○
		生化 T-Bil (施設基準値上限×1.5倍未満) AST・ALT (施設基準値上限×2.5倍未満) Cr (施設基準値上限)	○	○	○
		腫瘍マーカー CEA・CA19-9	○		
	内服	TS-1 投与量 (mg/日)			
		服薬指導 (薬剤師)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	所見ある時記入	診察所見	Performance Status (PS)		
			食欲不振		
			悪心・嘔吐		
			下痢		
口内炎					
倦怠感					
色素沈着					
ダンピング症状					
その他		*注意事項：TS-1は4週間投与、2週間休薬が基本スケジュールです。(適宜変更されることがあります)			
	医師サイン				
患者記入	自分の状態	体重	Kg	Kg	Kg
		腹痛			
		食欲不振が続く			
		吐気			
		嘔吐			
		下痢 (性状)			
		口内炎 (部位)			
		身体がだるい			
	ダンピング症状 (頭痛・めまい・発汗・脱力感)				
	その他				
備考					

