

がんの地域医療連携アンケート

1. がん患者の診断を行うことがありますか。

はい いいえ

2. がん治療の経験はありますか。

はい 以前所属していた施設で経験がある いいえ

↓

どのようながん種の患者さまを診ていますか？（複数回答）

胃がん 大腸がん 肺がん 乳がん 肝がん

前立腺がん 子宮がん その他（ ）

3. がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか。

はい いいえ

その他（ ）

4. 検査、診断可能な項目を教えてください。（複数回答）

一般血液検査の迅速検査

可能でない→（何日後に結果が出ますか： 日後）

腫瘍マーカー 内視鏡検査 X線

エコー CT MRI マンモグラフィー

その他（ ）

5. どの程度の状態のがん患者なら逆紹介で受け入れることが可能ですか。（複数回答）

状態の良い、術後フォローのみの患者

状態の良い、術後補助化学療法患者（経口抗癌剤）

状態の良い、術後補助化学療法患者（注射抗癌剤）

状態の良い、進行再発がんの化学療法（経口・注射抗癌剤）

終末期の患者（緩和ケアの患者）

受け入れられない

その他（ ）

6. 術後フォローのがん患者を受け入れた場合の不安な点 (複数回答)

- 定期の診断・治療
- 緊急時の対応
- 化学療法の副作用への対応
- 患者のメンタルケア
- その他 ()

7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- はい いいえ

8. 終末期がん患者を在宅で看取ったことがありますか。

- はい いいえ

9. 病診連携の勉強会として興味のある項目をお教えてください。(複数回答)

- がんの病態 化学療法 支持療法 緩和ケア
- その他 ()

10. 4疾患5事業で、がん以外の領域で興味がある分野は (複数回答)

- 脳卒中 急性心筋梗塞 糖尿病
- 救急医療 災害医療 僻地医療 周産期医療 小児医療

11. がんの地域連携、がん診療連携拠点病院についてご意見等をお書きください。

12. 愛媛県がん診療連携協議会から勉強会等案内させていただいてよろしいでしょうか。

- はい 場合による () いいえ

↓ ↓
所属医療機関： _____
ご芳名： _____
ご専門： _____ E-mail： _____

胃がん連携パス 作成例

担当：新潟県立がんセンター新潟病院
梨本 篤 提供

Stage I follow up schedule

術後(年)	1M	6M	1Y	1Y6M	2Y	2Y6M	3Y	4Y	5Y	6Y	7Y	8Y	9Y	10Y
問診・診察,PS,体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査(末梢血、生化学、TM)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
US				○		○								
CT			○		○		○	○	○					
Chest X-P			○				○		○					
GTF			○				○		○		(○)			○

*必要時に施行
 残胃造影、注腸、CF、骨シンチ、PET
 *5年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する

共同診療計画書(胃癌Stage I)

No. 1

様

施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

項目	(施設名: _____)における日常診療						
	(施設名) (1ヵ月後)	(施設名) (6ヵ月後)	(施設名) (1年後)	(施設名) (1年半後)	(施設名) (2年後)	(施設名) (2年半後)	(施設名) (3年後)
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"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ※	<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 (kg) 体重 (cm) 身長 問診 全身症状、腹部症状 視触診 顔面、頸部、腹部	<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,CA19-9,CA125)3ヵ月毎 US CT Chest X-P GTF					6ヶ月毎 6ヶ月毎		

※ ダンピング症候群、貧血、骨粗鬆症、逆流性食道炎、小胃症状
 * 必要時に施行: 残胃造影、注腸、CF、骨シンチ、PET
 * 5年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する

共同診療計画書(胃癌Stage I)

No. 2

様

施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

項目	(施設名: _____)における日常診療					
	(施設名) (4年後)	(施設名) (5年後)	(施設名) (6年後)	(施設名) (7年後)	(施設名) (8年後)	(施設名) (9年後)
達成目標	術後連携によるフォローアップ					
連携・連絡	術後連携の説明 手術後遺症、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 手術後遺症の確認 ※					
診察・検査	全身状態 PS、血圧、体温 (kg) 体重 (cm) 身長 ()					
	問診 全身症状、腹部症状 視触診 顔面、頸部、腹部					
	末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA,CA19-9,CA125)6ヵ月毎 6ヶ月毎 換 US CT 査 Chest X-P GTF					

※ ダンピング症候群、貧血、骨粗鬆症、逆流性食道炎、小胃症状

* 必要時に施行: 残胃造影、注腸、CF、骨シンチ、PET

* 5年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する

Stage II-IIIIB follow up schedule

	1Y		2Y		3Y		4Y		5Y	
	3M	6M	9M	3M	6M	9M	3M	6M	9M	3M
術後(年)	2W									
来院・体重, TM	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
US				○						
CT							○			
Chest X-P										
GTF										
TS-1										

*必要時に施行:残胃造影、注腸、CF、骨シンチ、PET

*5年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを勧める

TM(CEA, CA19-9, Ca125)

共同診療計画書(胃癌Stage II, III)

No. 1

様

施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

項目	施設名: _____)における日常診療						
	(施設名) (1年3カ月)	(施設名) (1年6カ月)	(施設名) (1年9カ月)	(施設名) (1年後)	(施設名) (9カ月後)	(施設名) (6カ月後)	(施設名) (3カ月後)
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"/>
連携・連絡 術後連携の説明 手術後遺症、副作用、再発等発生時の連絡先確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後遺症の確認 ※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
チェック 処方	<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 (kg) 体重 (cm) 身長 問診 全身症状、腹部症状 視触診 顔面、頸部、腹部	<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,CA19-9,CA125) 6週毎 US 6週毎 CT Chest X-P GTF 残胃造影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ ダンピング症候群、貧血、骨相鬆症、逆流性食道炎、小胃症状
* 必要時に施行:注腸、CF、骨シンチ、PET
* 5年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する

共同診療計画書(胃癌Stage II, III)

No. 2

様

施設名: _____ (電話: _____) 担当医: _____ (電話: _____)
 薬剤薬局名: _____ (電話: _____)
 施設名: _____ (電話: _____) 担当医: _____ (電話: _____)

項目	(施設名)					(川)における日常診療				
	(施設名) (2年)	(施設名) (2年3ヵ月)	(施設名) (2年6ヵ月)	(施設名) (2年9ヵ月)	(施設名) (3年)	(施設名) (3年6ヵ月)	(施設名) (4年)	(施設名) (4年6ヵ月)	(施設名) (5年)	(施設名)
達成目標	術後連携によるフォローアップ									
連携、連絡	手術後遺症への対応 手術後遺症、再発の早期発見 手術後遺症、副作用、再発等発生の場合、連絡									
教育・指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導(保険薬局) <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 手術後遺症の確認 ※ <input type="checkbox"/> チェック <input type="checkbox"/> 処方									
診察・検査	<input type="checkbox"/> 全身状態 <input type="checkbox"/> PS、血圧、体温 (kg) <input type="checkbox"/> 体重 (cm) <input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 全身症状、腹部症状 <input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> 顔面、頸部、腹部 末梢血一般、生化学 3ヵ月毎 腫瘍マーカー(CEA,CA19-9,CA125)3ヵ月毎 検査 US 検査 CT Chest X-P GTF <input type="checkbox"/> 残胃造影									

※ ダンピング症候群、貧血、骨粗鬆症、逆流性食道炎、小胃症状
 * 必要時に施行:注腸、CF、骨シンチ、PET
 * 5年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する

TS-1胃癌術後補助化学療法連携パス(スタッフ用)

＜4週投薬2週休薬＞

当院受診時に、このファイルを患者さんに持たせてください。

◆新潟県立がんセンター新潟病院 主治医:

★書き方約束★

赤文字:休薬基準相当グレード 色地:各副作用症状が現れやすい時期

Performance Status(PS)

- 0:無症状で社会活動が出来、制限を受ける事なく発病前と同等にふるまえる。
 1:軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業は出来る。
 例えは軽い家事、事務など。
 2:歩行や身の回りの事は出来るが、時に少し介助がいる事もある。
 軽労働は出来ないが、日中の50%以上は起居している。
 3:身の回りのある程度の事は出来るが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
 4:身の回りの事も出来ず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。
 (PSを評価した上で変化がある時は指示を受ける。)

食欲不振 0:無 1:食欲低下 2:経口栄養剤を必要 3:体重減少、栄養失調を伴う 4:生命を脅かす

悪心・嘔吐 0:無 1:食欲低下、1回/日の嘔吐 2:経口摂取量の低下、2-5回/日の嘔吐
 3:輸液、経管栄養を要する、6回/日以上嘔吐 4:生命を脅かす

下痢 0:無 1:<4回/日の排便回数増加 2:4-6回/日の排便回数増加 3:7回/日以上排便回数増加
 4:生命を脅かす

口内炎 0:無 1:紅斑 2:斑状潰瘍または偽膜 3:わずかな外傷で出血 4:壊死、自然出血、生命を脅かす

倦怠感 0:無 1:軽い疲労 2:日常生活の一部に困難を生じる 3:日常生活に支障あり 4:活動不能

色素沈着 0:無 1:軽度または限局性の色素沈着 2:顕著なまたは全身性の色素沈着

◎ 減量・休薬の目安 ◎

WBC<3000 /mm³

好中球<1500 /mm³

PLT<10万 /mm³

T-Bil>ULN×2 mg/dL

GOT & GPT>ULN×2 IU/L

Cr>ULN mg/dL

下痢>治療前に比べ4回以上の排便回数の増加または夜間排便

口内炎>疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍

摂食・嚥下は可能

嘔吐>24時間あたり1~5回の嘔吐

悪心、食欲不振>経口摂取量の著明な減少

その他>grade2

以上の症状が現れたら速やかに新潟県立がんセンター新潟病院の主治医に連絡するか、外来受診させてください。

服薬状況 0:100%服薬 1:ほぼ服薬 2:半分以下

相互作用

<併用禁忌薬剤>

- ・5-FU ・フルツロン ・ユーエフティ
- ・ゼローダ ・フトラフルール ・ミフロール
- ・アイソボリン/5-FU ・ユーゼル/ユーエフティ ・ロイコボリン/ユーエフティ
- ・アンコチル ・ココール ・ドメラジン

<併用注意薬剤>

- ・アレビアチン ・ヒダントール
- ・ワーファリン
- ・他の悪性腫瘍剤、放射線照射等

TS-1胃癌術後補助化学療法<4週投薬2週休薬> 1クール

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

		新潟県立がんセンター新潟病院外科											
		投与開始前				投薬14日目				投薬28日目			
		月		日		月		日		月		日	
看護師	体温	°C				°C				°C			
	血圧	/				/				/			
	HR	回/分		不整脈		あり・なし		回/分		不整脈		あり・なし	
	体重	身長		cm		kg		kg		kg		kg	
医師	PS	0・1・2・3・4				0・1・2・3・4				0・1・2・3・4			
	食欲不振	0・1・2・3・4				0・1・2・3・4				0・1・2・3・4			
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4				0・1・2・3・4				0・1・2・3・4			
	下痢	0・1・2・3・4		(回/日, 性状)		0・1・2・3・4		(回/日, 性状)		0・1・2・3・4		(回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4				0・1・2・3・4				0・1・2・3・4			
	倦怠感	0・1・2・3・4				0・1・2・3・4				0・1・2・3・4			
	色素沈着	0・1・2 部位()				0・1・2 部位()				0・1・2 部位()			
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3500 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>2000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 腹部CT				<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL				<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL			
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 本療法の説明 <input type="checkbox"/> 副作用の説明 <input type="checkbox"/> 手術の合併症の説明				<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)				<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)			
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー				<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー				<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー			
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 副作用説明 <input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)				<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)				<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)			
共通	目標	<input type="checkbox"/> 本療法の理解 <input type="checkbox"/> 副作用の種類と対処法の理解 <input type="checkbox"/> 手術の合併症と対処法の理解 <input type="checkbox"/> 定期的な検査と内服の必要性の理解				<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる				<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる			
	特記事項												
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:				<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)				<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)			
	サイン	Dr:		NS:		Dr:		NS:		Dr:		NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由						◎次回申し送り, 注意事項記入欄							
変動:理由													

TS-1胃癌術後補助化学療法＜4週投薬2週休薬＞ 2クール

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

		新潟県立がんセンター新潟病院外科									
		第2クール投与開始日			投薬14日目			投薬28日目			
		月 日			月 日			月 日			
看護師	バイタル	体温	℃			℃			℃		
		血圧	/			/			/		
		HR	回/分 不整脈 あり・なし			回/分 不整脈 あり・なし			回/分 不整脈 あり・なし		
		体重	kg			kg			kg		
医師	PS	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	食欲不振	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)			0・1・2・3・4 (回/日, 性状)			0・1・2・3・4 (回/日, 性状)			
	口内炎	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	倦怠感	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	色素沈着	0・1・2 部位()			0・1・2 部位()			0・1・2 部位()			
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3500 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>2000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー			<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL			<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL			
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認			<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)			<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 療法続行の患者意志の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)			
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー			<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー			<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー			
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)			<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)			<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)			
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる			<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる			<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる			
	特記事項										
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)			<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)			<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)			
	サイン	Dr: NS:			Dr: NS:			Dr: NS:			
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由		◎次回申し送り, 注意事項記入欄									
変動:理由		88									

TS-1胃癌術後補助化学療法＜4週投薬2週休薬＞ 4クール

◆患者 様 〇 女 歳 ◆手術日:平成 年 月 日
 ◆主治医 ◆既往歴
 ◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

		連携診療所			
		第4クール投与開始日	投薬14日目	投薬28日目	
		月 日	月 日	月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃	℃
	血圧	/	/	/	
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし	
	体重	kg	kg	kg	
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3500 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>2000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項				
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由		◎次回申し送り, 注意事項記入欄			
変動:理由		90			

TS-1胃癌術後補助化学療法<4週投薬2週休薬> 5クール

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

		新潟県立がんセンター新潟病院		連携診療所			
		第5クール投与開始日		投薬14日目		投薬28日目	
		月 日		月 日		月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃	℃		
		血圧	/	/	/		
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし		
		体重	kg	kg	kg		
医師	PS	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()		0・1・2 部位()		0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3500 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>2000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 腹部CT		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)	
	サイン	Dr: NS:		Dr: NS:		Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由				◎次回申し送り, 注意事項記入欄			
変動:理由							

TS-1胃癌術後補助化学療法＜4週投薬2週休薬＞ 6クール

◆患者 様 〇 女 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

		連携診療所									
		第6クール投与開始日			投薬14日目			投薬28日目			
		月	日		月	日		月	日		
看護師	バイタル	体温	℃			℃			℃		
	血压	/			/			/			
	HR	回/分	不整脈	あり・なし	回/分	不整脈	あり・なし	回/分	不整脈	あり・なし	
	体重	kg			kg			kg			
医師	PS	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	食欲不振	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)			0・1・2・3・4 (回/日, 性状)			0・1・2・3・4 (回/日, 性状)			
	口内炎	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	倦怠感	0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			0・1・2・3・4			
	色素沈着	0・1・2 部位()			0・1・2 部位()			0・1・2 部位()			
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3500 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>2000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー			<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL			<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL			
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認			<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)			<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)			
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー			<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー			<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()			
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)			<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)			<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)			
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる			<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる			<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる			
	特記事項										
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)			<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)			<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)			
	サイン	Dr:	NS:		Dr:	NS:		Dr:	NS:		
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由				◎次回申し送り, 注意事項記入欄							
変動:理由				92							

TS-1胃癌術後補助化学療法<4週投薬2週休薬> 7クール

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

		新潟県立がんセンター新潟病院		連携診療所			
		第7クール投与開始日		投薬14日目		投薬28日目	
		月 日		月 日		月 日	
看護師	体温	℃		℃		℃	
	血圧	/		/		/	
	HR	回/分 不整脈 あり・なし		回/分 不整脈 あり・なし		回/分 不整脈 あり・なし	
	体重	kg		kg		kg	
医師	PS	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()		0・1・2 部位()		0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3500 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>2000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 腹部CT		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)	
	サイン	Dr: NS:		Dr: NS:		Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由				◎次回申し送り, 注意事項記入欄			
変動:理由							

TS-1胃癌術後補助化学療法＜4週投薬2週休薬＞ 8クール

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

		連携診療所		
		第8クール投与開始日	投薬14日目	投薬28日目
		月 日	月 日	月 日
看護師	バイタル			
	体温	℃	℃	℃
	血圧	/	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	色素沈着	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3500 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>2000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる <input type="checkbox"/> 服薬の完遂
	特記事項			
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/日)	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由		◎次回申し送り, 注意事項記入欄		
変動:理由				

大腸がん連携パス 作成例

担当：岩手県立中央病院

望月 泉 提供

大腸癌Stage IおよびStage II follow up schedule

術後経過年数	1年			2年			3年			4年			5年			
	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M
問診・診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
直腸指診(直腸癌)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
末梢血、生化学、CEA,CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Chest X-P	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CT(胸部、腹部、骨盤部)				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腹部超音波検査				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大腸内視鏡検査		○														○

*必要時に施行

MRI、注腸造影、骨シンチ、PET

*6年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する