

胃がん術後連携パス(医療者向け)

患者情報

拠点病院

かかりつけ医

○は必須項目 △は必要時に実施する項目

| | |
|--------|--------|
| カルテ番号 | |
| ふりがな | |
| 患者氏名 | 様 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 計画策定病院 | 大崎市民病院 |

手術情報

| |
|--|
| 病名 () |
| 手術日 平成 年 月 日 |
| 胃切除内容 <u>リンパ節郭清</u> |
| <input type="checkbox"/> 幽門側胃切除術 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> 噴門側胃切除術 <input type="checkbox"/> D1+β <input type="checkbox"/> 胃全摘術 <input type="checkbox"/> D1+α <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他() |
| 再建法 <u>術前治療</u> |
| <input type="checkbox"/> Billroth I 法 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> Billroth II 法 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Roux-Y法 <input type="checkbox"/> 空腸間置法 <input type="checkbox"/> その他 () |

投薬情報・合併症・その他

| |
|--|
| |
|--|

| | | 術後 | 1年 | | | 2年 | | | 3年 | | | 4年 | | | 5年 | | | | | |
|----|--------------|------------|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| | | | 1ヶ月 | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 9ヶ月 | 1年 | 1年 | 1年 | 2年 | 2年 | 2年 | 3年 | 3年 | 3年 | 4年 | 4年 | 4年 | | |
| | | 予定日 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 診察 | 問診 | 腸閉塞症状の有無 | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ● |
| | | ダンピング症状の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 食道逆流症状の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 貧血症状の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 小胃症状の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 一般的診療での異常 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 視触診 | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ● |
| 採血 | 血算・生化学 | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ● | |
| | CFA・CA19-9 | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ○ | ● | |
| 検査 | 胸部X-Pまたは胸部CT | | | △ | | ● | | △ | | ● | | △ | | ● | | △ | | ● | | |
| | 腹部USまたは腹部CT | | | △ | | ● | | △ | | ● | | △ | | ● | | △ | | ● | | |
| | 内視鏡検査 | | | | | ▲ | | | | ▲ | | | | ▲ | | | | ▲ | | |
| | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 備考 1. 拠点病院における退院後の初回診察は病理検査結果などの説明のため1ヶ月目に設定していますが、以後は術後1年までは3ヶ月毎、2年目からは年1回となります。
2. かかりつけ医での診察間隔は原則3ヶ月毎となっておりますが、患者様の病状によって適宜変更してください。
3. かかりつけ医での処方期間などに関しては、かかりつけ医の判断で行ってください。
4. 拠点病院の定期受診日以外でも必要があれば拠点病院を受診させてください。

| | | | |
|-------------|------------------|---------|--|
| 拠点病院科名/担当医名 | 大崎市民病院 外科/ | 連携医療機関名 | |
| 連絡先 | 0229-23-3311(代表) | 連絡先 | |