

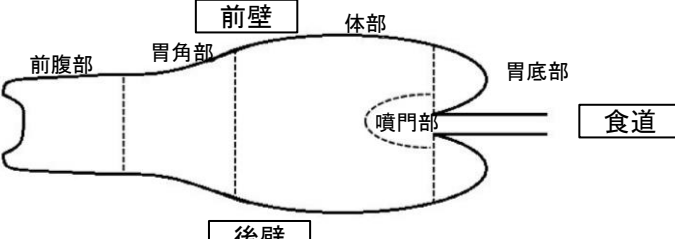
# 胃がん術後地域連携パス(治療計画書) (ステージ I・ESD後・ピロリ除菌あり)

## 患者情報

大崎市民病院 ID		
ふりがな		性別
患者氏名	様	
生年月日		

## 手術情報

病名	
手術日	
手術内容	<input checked="" type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術



病理診断	
肉眼型	Type
がんの大きさ	× mm
深達度	T1a(M)・T1b(SM<500)・T1b(SM≥500)
組織型	pap, tub1, tub2, por1, por2, sig, muc その他( )
潰瘍・脈管侵襲	【UL(-), (+)】【ly(-), (+)】【v(-), (+)】
内視鏡的切断断端	HM(0, 1, X) VM(0, 1, X)
腫瘍の遺残	RX R0 R1 R2

## その他

--



計画策定病院  
(大崎市民病院)



連携医療機関  
(かかりつけ医)

○は必須項目

▲は必要時実施項目

		★			★		★		★
		~	2ヶ月	4ヶ月	1年	2年	3年	4年	5年
(術後)		30日							
受診予定日 (年)									
(月日)		/	/	/	/	/	/	/	/
診療	問診								
	食欲								
	腹部症状								
	その他全身状態	○	○	○	○	○	○	○	○
	体重								
	視触診								
検査	内視鏡検査				○	○	○	○	○
処方	潰瘍治療薬	○							
ピロリ菌	除菌治療		○						
	除菌判定			○					

備考 治療計画は現時点のものであり、患者さんの病状によって変わる場合があります。

計画策定病院/大崎市民病院消化器内科	かかりつけ医:
説明日:平成 年 月 日	説明日:平成 年 月 日
主治医:	主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。	地域連携パスについて説明を受け同意します。
平成 年 月 日	平成 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)	患者又は 家族同意欄: (続柄)