

胃がん術後地域連携パス(治療計画書)

患者情報

(ステージ I・外科)

★ 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

大崎市民病院ID	0
ふりがな	0
患者氏名	0 様
性別	0
生年月日	明治33年1月0日

手術情報

病名	
手術日	
胃切除内容	<input type="checkbox"/> 噴門側胃切除術 <input type="checkbox"/> 幽門保存胃切除術 <input type="checkbox"/> 幽門側胃切除術 <input type="checkbox"/> 胃全摘術 <input type="checkbox"/> その他 ()
腹腔鏡下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
リンパ節郭清	<input type="checkbox"/> D0 <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1+ <input type="checkbox"/> D2
再建法	<input type="checkbox"/> Billroth I 法 <input type="checkbox"/> Billroth II 法 <input type="checkbox"/> Roux-Y 法 <input type="checkbox"/> 空腸間置法 <input type="checkbox"/> 胃胃吻合法 <input type="checkbox"/> その他 ()
病理診断 (stage)	IA・IB・IIA・IIB IIIA・IIIB・IIIC・IV

その他

--

		★ 30日	3ヶ月	★ 6ヶ月	9ヶ月	★ 1年	1年 6ヶ月	★ 2年	2年 6ヶ月	★ 3年	3年 6ヶ月	★ 4年	4年 6ヶ月	★ 5年
	(術後)													
	受診予定日 (年)													
	(月日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診療	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													
	体重													
	視触診													
採血	血算・生化学		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)													
検査	胸部レントゲンまたは胸部CT			▲		▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
	腹部超音波または腹部CT			○		○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○
	内視鏡検査					○				○				○

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。
 検査結果の説明は当日ではなく、後日になる場合があります。詳しくは診察・検査時にお尋ねください。

計画策定病院／大崎市民病院外科
説明日: 令和 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。 令和 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)

かかりつけ医:
説明日: 令和 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。 令和 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)