

共同診療計画書（胃がん術後 経過観察）

手術日： 年 月 日 様（パス登録番号： ）

施設名：飯田市立病院 科名：外科 担当医：（カルテNo. ）（電話： ）

連携施設名： かかりつけ医：（カルテNo. ）（電話： ）

		病院外来	（連携施設名： ）における日常診察																
受診日		退院時 /	病院外来 1ヵ月 /	病院外来 6ヵ月 /	病院外来 1年後 /	病院外来 1年6ヵ月 /	病院外来 2年後 /	病院外来 2年6ヵ月 /	病院外来 3年後 /	病院外来 4年後 /	病院外来 5年後 /								
項目																			
達成目標	連携によるフォローアップ																		
	手術後後遺症の早期発見																		
	再発の早期発見																		
連携・連絡	術後連携の説明	再発、症状発生等の場合、飯田市立病院に連絡																	
	治療スケジュール説明	<input type="checkbox"/>																	
	患者様用パス説明	<input type="checkbox"/>																	
	緊急時の連絡先確認	<input type="checkbox"/>																	
教育・指導	服薬指導（保険薬局）																		
	生活支援																		
症状・確認	手術後後遺症の確認																		
	貧血症状																		
	腹部の症状																		
	ダンピング症状																		
	便通の異常																		
診察・検査	全身状態	PS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		体温・血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		身長	<input type="checkbox"/>																
	問診	全身症状		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		腹部症状		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	視触診	顔面		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		頸部		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		腹部		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	検査	血算、生化学	3ヵ月毎										6ヶ月毎						
		CEA、CA19-9、CA125	3ヶ月毎										6ヶ月毎						
		超音波検査																	
		CT検査												<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
		胸部レントゲン検査																	<input type="checkbox"/>
上部内視鏡検査																		<input type="checkbox"/>	