

胃がん術後地域連携パス(治療計画書)

手術情報

患者情報

東北医科薬科大学病院ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別	
生年月日	年 月 日

手術日	年 月 日		
切除部位・術式	<input type="checkbox"/> 幽門側胃切除	再建	<input type="checkbox"/> Billroth I 法 <input type="checkbox"/> Billroth II 法 <input type="checkbox"/> Roux en Y
	<input type="checkbox"/> 胃全摘		<input type="checkbox"/> 空腸間置 <input type="checkbox"/> Roux en Y
	<input type="checkbox"/> 噴門側胃切除		<input type="checkbox"/> 空腸間置 <input type="checkbox"/> 食道残胃吻合
	<input type="checkbox"/> 幽門保存胃切除 <input type="checkbox"/> 分節胃切除 <input type="checkbox"/> 部分切除		
<input type="checkbox"/> その他 ()			
アプローチ	<input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 開腹		
リンパ節郭清	<input type="checkbox"/> D0 <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D1+ <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D2+		
ステージ	IA・IB・IIA・IIB・IIIA・IIIB・IIIC・IV		

時期	術後経過				1年	1年	1年	1年	2年	2年	3年	3年	4年	4年	5年	
	30日	3か月	6か月	9か月		3か月	6か月	9か月		6か月		6か月		6か月		
診療	受診予定日 (年) (月日)				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	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 一般的診察での異常				●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
		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CTまたは胸部レントゲン						▲	△	▲	△	▲	△	▲	△	▲	
	腹部CTまたは腹部超音波						●	△	▲	△	●	△	●	△	●	
	内視鏡検査						●				●				●	

●は計画策定病院、○はかかりつけ医で実施。▲△は必要時。

* 治療計画は患者さんの病状によって変わることがあります。

地域連携パスについて計画策定病院主治医より説明を受け同意します。

同意日： 年 月 日

患者

又は家族

続柄 ()

計画策定病院：東北医科薬科大学病院

説明日： 年 月 日

主治医：

かかりつけ医：

署名日： 年 月 日

主治医：