

様

大腸がん術後地域連携パス及び情報提供書

適応基準:大腸がんの術後
:連携の同意が得られたもの

手術施行(健康保険人吉総合病院 外科)		連携先()	
達成目標	* 地域連携についての理解と同意が得られる * 定期的な受診の方法が理解ができる		達成目標 * 定期的な受診・検査ができる * 再発・転移の早期発見ができる
ID:	生年月日	主な検査 (フォローアップ連携チャート参照) * 検査の予約は「外科外来」で行ないます。 午後に来院か電話でお願いします。(14:00~17:00)	コース <input type="checkbox"/> Aコース → 経過観察のみ(連携チャート・経過観察コース) <input checked="" type="checkbox"/> Bコース → 内服化学療法(連携チャート・内服化学療法コース) *内服開始から3ヶ月は2週毎検査チェック
住所:	連絡先TEL:		
診断日:	入院日:	診察 <input type="checkbox"/> 3年目までは3ヶ月毎・4~5年目6ヶ月毎・以後年1回 <input type="checkbox"/> フォローアップチャートを参考にしてください * フォローアップ連携チャートの★印は 健康保険人吉総合病院で実施します	結果説明 <input type="checkbox"/> 患者さん持参のチャートへの記入を行なってください
診断名:	退院日:		
腫瘍占拠部位	腫瘍の大きさ	処方 <input type="checkbox"/> 投与薬剤の適正使用情報を参照 <input type="checkbox"/> 基本的にかかりつけ医で処方いたします	指導 <input type="checkbox"/> 連携病・医院の受診方法・曜日について <input type="checkbox"/> フォローアップ連携チャートの確認・記入について <input type="checkbox"/> 体調の変化・副作用発現時の対処について
手術日:	病期分類:		
術式	最終Stage:	特記事項 <input type="checkbox"/> 再発兆候みられた場合は連携室へ連絡をお願いします。 担当医師への連絡調整を行い、受診日を予約します。 <input type="checkbox"/> 大腸がん以外の健康診断は定期的に受診しましょう	バリアンス <input type="checkbox"/> 定期検査の際にチャートへ記入 * 評価は1年・2年・3年・4年・5年目に手術施行病院でチェック * 途中の変化は連携室へ連絡をお願いします
病理所見:	別紙ご参照ください		
手術以外の治療			
薬物療法:			
放射線治療:	年 月 日 ~ 年 月 日 計 Gy		
腫瘍マーカー検査日()	CEA: CA19-9:		
リスク	高 中 低		
処方	継続処方:		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 今後の治療方針について <input type="checkbox"/> 地域連携の必要性について <input type="checkbox"/> フォローアップ連携チャートの説明	* 患者の希望	
	<input type="checkbox"/> わたしのカルテの利用について <input type="checkbox"/> 予約方法について <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡方法について	キーパーソン:	
主治医名	MSW名:		
看護師名	連携室:0966-22-2191(内線240) 外科外来:(内線121)14:00~17:00		

様 連携先病医院:

達成目標 * 定期的な受診・検査ができる * 再発・転移の早期発見ができる	1年			2年			3年			4年			5年					
	術後 3	★ 6	9	★ 12	3	6	9	★ 12	3	6	9	★ 12	3	6	9	★ 12		
受診予定月																		
診察日																		
患者状態	腹部及び創部の痛み・発赤																	
	下血・便秘・下痢の有無																	
	37.5度以上の発熱																	
	*副作用チェックシート記入																	
診察	創部の状態(発赤・腫脹)												×	×	×	×		
	腹部の状態(圧痛・腫瘤)												×	×	×	×		
	排便状態(下血・便秘・下痢)												×	×	×	×		
	体表リンパ節の腫脹												×	×	×	×		
検査	血液検査(血算・生化)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○		
	腫瘍マーカー(CEA/CA19-9)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○		○		
	★腹部超音波		○		○				○				○			○		
	★大腸内視鏡		○		○				○				○			○		
	★胸腹部CT(単純及び造影)		○		○				○				○			○		
結果	診察後の異常	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	×	有・無	×	有・無	×	有・無
	マーカー値 CEA												×	×	×	×	×	
	マーカー値 CA19-9												×	×	×	×	×	
	血液検査(血算)WBC												×	×	×	×	×	
	血液検査(血算)好中球												×	×	×	×	×	
	血液検査(血算)Hb												×	×	×	×	×	
	血液検査(血算)血小板												×	×	×	×	×	
	血液検査(生化)T-Bil												×	×	×	×	×	
説明指導	検査結果																	
	内服・次回受診日など																	
バリエーション																		
コード																		
サイン																		

* 患者状態は患者さん自身が記入(○・×)して診察日に持参しましょう

* ★印の部分・項目は人吉総合病院で行ないます。* 結果の欄には値を記入してください

がん術後連携パス(内服化学療法コース)副作用チェックシート

月数	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
週数	開始日	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48
受診先	人吉 総合	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	人吉 総合	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	かかり つけ医	人吉 総合	かかり つけ医	
受診月日																									
* 症状の程度	食欲不振																								
	悪心・嘔吐																								
	下痢																								
	口内炎																								
	倦怠感																								
	色素沈着																								
*PS(日常生活)																									
処方																									
医師サイン																									
記録・伝達事項	患者・医師自由記載																								

*症状の程度

- 0: 無い
- 1: 軽度ある
- 2: ある
- 3: やや強くある
- 4: 強くある

*PS(日常生活)

- 0: 無症状・以前と同じ
- 1: 軽い家事・事務作業できる
- 2: 歩行可能・時に介助。日中の50%は起きている
- 3: 身の回りのことは出来る。日中の50%は就床している
- 4: 身の回りのことが出来ず終日就床している

*減量・休薬の目安【再開の目安】

- ・WBC: <2000/mm【>3000】
- ・好中球 <1000 【>1500】
- ・Hb: <9.0g/dL 【>9.0g/ 】
- ・PLT: <7.5万 【10万】
- ・T-BiL 基準値上限×2mg/dL
- *症状: 2・3・4 *PS: 3・4

*併用禁忌薬剤

他の抗癌剤

*使用注意薬剤

抗てんかん薬
抗血小板薬