

医療機関用 共同診療計画表 (Stage I B 胃がん)

様 歳 男・女

手術病院: 山形県立新庄病院 主治医: (電話:0233-22-5525)

手術日: 令和 年 月 日

かかりつけ機関: 主治医: (電話:)

手術術式:

保険薬局: 薬剤師: (電話:)

再建方法:

	手術病院	かかりつけ機関	手術病院	かかりつけ機関	手術病院	かかりつけ機関	手術病院	かかりつけ機関	手術病院	かかりつけ機関	手術病院	かかりつけ機関	手術病院	かかりつけ機関	手術病院
	退院	3カ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9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
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診・診察	<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 ①採血(血液・生化)	<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"/>
腫瘍マーカー CEA、CA19-9	<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"/>
ビタミンB12(胃全摘症例)					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②胸腹部CT and/or 腹部超音波			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③上部消化管内視鏡					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

に:手術病院で実施
:かかりつけ機関で実施

計画変更時は手書きで追加・抹消(二重線)のこと

パス逸脱(事由)

令和 年 月 日

※患者様の希望・連携機関双方の話し合いによりフレキシブルな連携が出来るように口としています。必要時は口に入し利用します。
 共同診療計画表では最低限必要と考えられる診療(3~6ヶ月毎)について表示しています。
 パスの5年目以降の継続につきましては、手術病院の主治医が判断することといたします。

その間の診察、検査、投薬等につきましては手術病院、かかりつけ機関のご判断をお願いいたします。