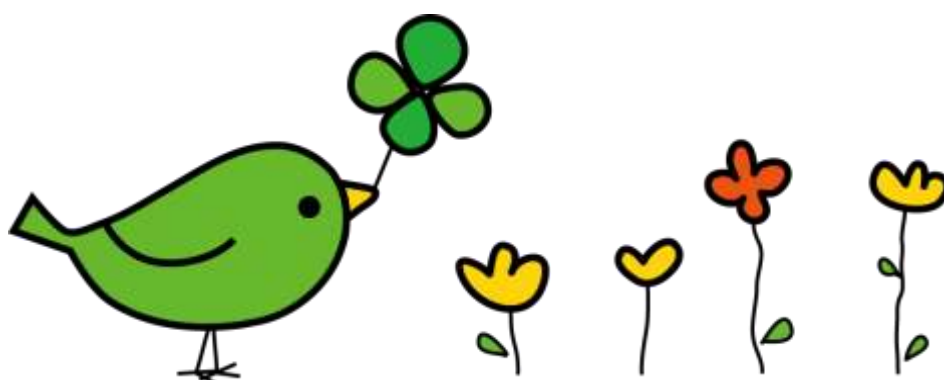




胃がん

連携パス手帳

(術後補助化学療法)

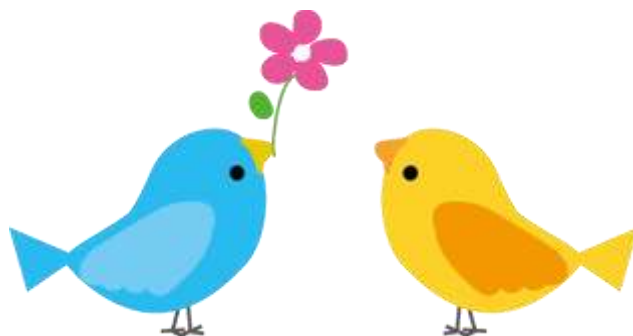


大阪医科大学附属病院

大阪府がん診療連携協議会

もくじ

はじめに	【 p.3 】
退院後の日常生活・日常生活で 気を付けていただきたいこと	【 p.4 】
胃手術後の後遺症	【 p.4 ~ 6 】
術後補助化学療法について	【 p.7 ~9 】
退院後もこれだけは忘れずに！	【 p.10 】
あなたが手術を受けた日	【 p.11 】
胃手術後連携パス	【 p.12 ~ 23 】
再診予約変更	【 p. 24 】
大阪医科大学附属病院の部署のご案内	【 p.24~25 】



はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と大阪医科大学附属病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、かかりつけ医と大阪医科大学附属病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

この「連携パス」を活用することで、大阪医科大学附属病院と地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

【かかりつけ医があなたのもうひとりの主治医です】

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は大阪医科大学附属病院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて大阪医科大学附属病院を受診していただきます。また、緊急を要する場合は休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、大阪医科大学附属病院（072-683-1221 代表）までご連絡ください。その際には必ず「胃がん術後地域連携パス」を利用しているとお伝えください。

なお、原疾患（胃がん）と関連がないと考えられる症状については、他の医療機関への受診をお願いすることになりますのでご了承ください。



氏名 _____

ID番号 _____

退院後の日常生活・日常生活で 気をつけていただきたいこと

- ①身体を休めるためにも、睡眠を十分とりましょう。
- ②食事の時間、摂取量が不規則にならないようにしましょう。
- ③薬は忘れずに正しく服用し、症状がないからといって服用を中止しないようにしましょう。
- ④家に体重計があれば、一週間に一度体重を測ってみるのもよいでしょう。体重が減る場合もありますが、半年くらいで戻ります。
- ⑤ストレスをためないように、解消しましょう。
- ⑥アルコール、タバコについては医師に相談して下さい。

からだの調子に自信がいたら、仕事に復帰。
外出も旅行も、何でもできます。

胃手術後の後遺症について以下のような種類があります。

腸閉塞（ちょうへいそく）
ダンピング症候群
貧血
骨粗鬆症（こつそしょうしょう）
逆流性食道炎
胃手術後胆石症
小胃症状

それぞれについて解説いたします。

胃手術後の後遺症 ①

～腸閉塞～

手術したあとは、ほとんどの場合、お腹の中で腸があちこちにくっつきます。その結果、腸が曲がったりせまくなることによって腸閉塞が起こります。せまくなったところに食べ物がつまると、便もガスも出なくなります。

ときには腸がねじれて、腸の流れが閉ざされてしまうこともあります。

〔 症状 〕

一般的に悪心、嘔吐、排便・排ガスの停止、腹痛がみられます。時には、腸がねじれて血流が途絶え、時間とともに腸が壊死（腸管の細胞が死滅してしまうこと）して、腸に穴が開いたりして大変危険です。吐き気や嘔吐に加えて痛みが強い場合には、必ず医師の診察を受けて下さい。

〔 治療法 〕

多くの場合には、絶食していると自然に治るのですが、ときには癒着（ゆちゃく）を剥がしたり、ねじれを治す手術が必要なことがあります。

胃手術後の後遺症 ②

～ダンピング症候群～

ダンピング症候群とは・・・

胃を切除すると、いままで胃の中で攪拌（かくはん）されて少しずつ腸に移動していた食物が、一度に急に腸へ流れ込む状態になります。そのために起きる不愉快な症状がダンピング症候群といわれるものです。食後30分以内に起こる場合（早期ダンピング症候群）が多いですが、食後2～3時間で起こる場合（後期ダンピング症候群）もあります。

〔 症状 〕

早期ダンピング症候群：食後30分以内に発汗、めまい、脈拍があがるなどの全身症状と悪心、腹部膨満感、下痢などの消化器症状があります。

後期ダンピング症候群：食後2～3時間に頭痛、汗が出る、脈拍が増える、めまい、脱力感を覚え、ときには気を失ってしまうこともあります。

〔 治療法 〕

早期ダンピング症候群：安静により数分～数十分で改善します。しかし、顕著な場合は抗セロトニン薬や粘膜麻酔薬を投与することもあります。

後期ダンピング症候群：糖質の補給が必要になります。ブドウ糖の静注や、ビスケットやあめ玉、氷砂糖をとったり、甘い飲み物を飲んで下さい。予防するには、食後2時間あたりに何かおやつを食べることが有効です。

胃手術後の後遺症 ③

～貧血～

胃手術後の貧血とは・・・

胃の切除により、鉄分やビタミンB12が吸収されにくくなるために貧血が起こります。前者は、鉄欠乏性貧血、後者は巨赤芽球性貧血（きょせきがきゅうせいひんけつ）といえます。

● 鉄欠乏性貧血

手術後数ヶ月から出現することがあります。治療は、鉄剤の補充を行います。

● 巨赤芽球性貧血

ビタミンB12は体内に蓄積されており、数年間はその蓄積したビタミンB12 でまかなうことができます。しかし手術後4～5年以降には蓄積がなくなり、巨赤芽球性貧血が発症することが多いです。治療法は、ビタミンB12 の補充です。定期的に血液検査をして、不足していれば補給する必要があります。

～骨粗鬆症～

骨粗鬆症とは・・・

胃の手術をすると、カルシウムの吸収が悪くなるため骨のカルシウムが減少して骨が弱くなります。ときに、骨折したりします。

定期的に骨のカルシウムの濃度（骨塩量）を測定（レントゲンなどで簡単に測定できます）し、必要であればカルシウムや、ビタミンDの投与が望ましいとされています。普段からカルシウムの補給には十分気を付けましょう。

胃手術後の後遺症 ④

～逆流性食道炎～

逆流性食道炎とは・・・

食道内へ胃の内容物が逆流することです。これは手術によって胃の入口（噴門）の逆流防止の機能が損なわれたために起こります。特に胃全摘や、噴門側胃切除の手術後に多く見られます。

〔 症状 〕

苦い水（腸液）や酸っぱい水（胃液）が口のほうへ上がってきたり、胸やけなどの症状が見られることがあります。

〔 治療法 〕

上半身を 20 度くらい高くして寝るとよいのですが、病状に応じて粘膜保護剤、制酸剤、酵素阻害薬（有害な酵素作用を止める）など、さまざまな薬が投与されることがあります。

胃手術後の後遺症 ⑤

～胃手術後胆石症胃手術後胆石症～

胃手術後胆石症とは・・・

胃の手術の時には、しばしば胆嚢（たんのう）の神経が切れてしまいます。そのために胆嚢の動きが悪くなり、あとで胆嚢に炎症を起こしたり、胆嚢内に結石ができることがあります。

胆嚢とは・・・

胆嚢は肝臓でできる胆汁という黄色い液をためたり濃縮したりする、なすびのような形をした臓器です。胆嚢は十二指腸につながっており、脂肪を含んだ食物が十二指腸に流れてきた時には、ためていた胆汁を十二指腸に放出することによって、消化・吸収を助けることとなります。

～小胃症状～

小胃症状とは・・・

胃を切除したために胃が小さくなり、あるいはなくなることによって起こってくるすべての症状を小胃症状といいます。

〔 症状 〕

食事が少ししか入らない、あるいは、すぐにお腹が一杯になるといった症状は最も一般的な症状です。手術を受けられた多くの方が経験される症状です。

〔 治療法 〕

お腹を順応させてやることが大切になります。そのためには、食事のとり方が大切です。

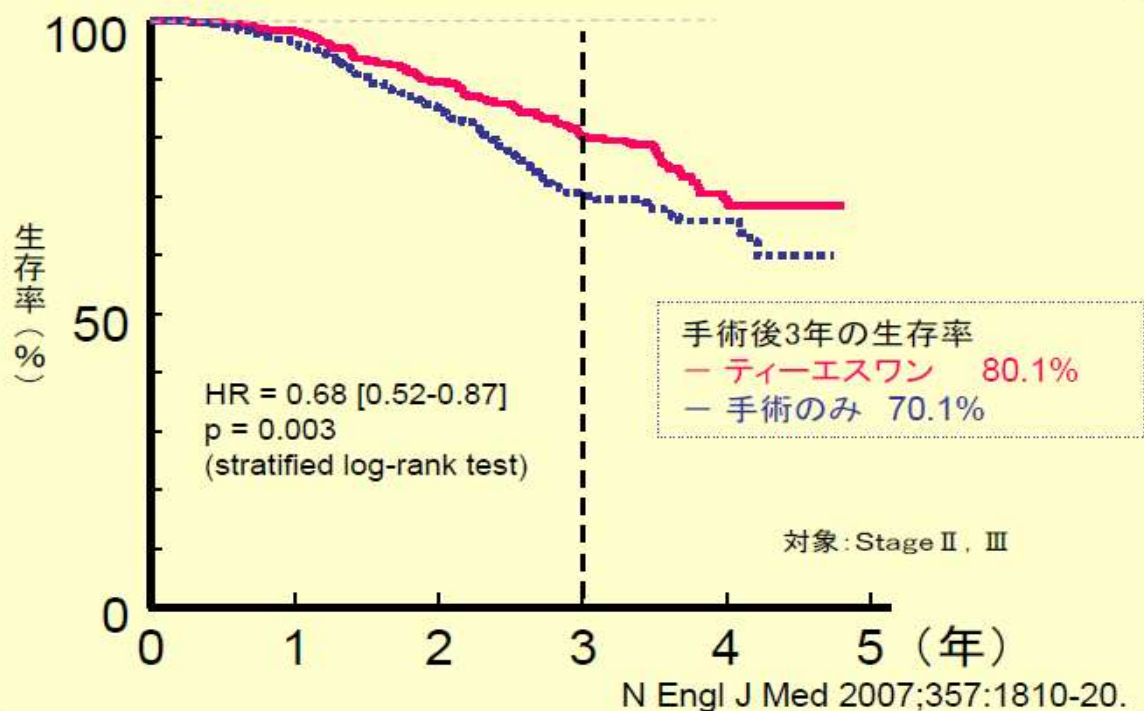


術後補助療法について

がんを手術で全部切除できたように見えても、その時点ですでに目に見えないがん細胞がほかの臓器に移動している可能性があり、時間がたってから再発として見つかることがあります。そこで、目に見えないがんを根絶することを目的として、抗がん剤の投与が行われます。これを補助療法といいます。一般的には内服薬を用いて1年行います。

術後補助化学療法の薬剤について

胃がん患者さんにおける大規模な臨床試験（日本）



日本では、胃がんの患者さんが手術を受けた後に、ティーエスワンを服用すべきかどうかを検討する臨床試験が行われました。この臨床試験は全国の医療施設で実施され、多くの胃がん患者さんにご参加いただきました。

臨床試験の内容は、手術を受けた患者さんを『ティーエスワンを服用する患者さん』と『手術のみ』の2つのグループに分け、その後の生存率を調べるというものです。

その結果、『ティーエスワンを服用する患者さん』は、『手術のみ』に比べて術後の3年間における生存率の向上が得られ、その間における死亡するリスクを減少しました。



抗がん剤による副作用

抗がん剤による副作用について説明します。抗がん剤はがん細胞のように、はやく増える細胞を攻撃しますが、正常な細胞にも薬の影響が出てしまうため、以下の症状が副作用として現れます。

吐き気、嘔吐
だるさ、貧血
感染
口内炎
下痢
皮膚症状 など

次ページから、それぞれについて解説します。

抗がん剤による副作用 ①

～吐き気、嘔吐～

抗がん剤による吐き気・嘔吐は、胃や腸の粘膜や脳の嘔吐中枢に抗がん剤が影響し出現します。症状は人や抗がん剤により様々で、軽い吐き気を感じるだけの人もいますし、投与終了数時間後から 24 時間にわたり激しく嘔吐する人もいます。また、数日間、続くこともあります。

嘔気と食欲不振があるときは、消化の良い食事をしましょう。食事時間に関係なく食べたいときに食べやすいものを少量ずつ食べましょう。食事はゆっくり噛んで食べましょう。噛むことで消化を助けます。嘔気、嘔吐、食欲不振が強く、水分もとれない場合や、体重減少が著しい場合は、医師にご相談下さい。

～だるさ、貧血～

抗がん剤治療中にだるさが出てきます。原因は明確ではありませんが、抗がん剤に対する体の反応により余分なエネルギーを使用することなどが考えられています。

また、ほとんどの抗がん剤は血液を造るために重要な働きをする骨髄を障害する作用があります。したがって、抗がん剤治療を何回か繰り返すと、全身に酸素を運搬する赤血球が不足し、貧血状態になることがあります。

～感染～

抗がん剤治療による骨髄障害のため、白血球が減少します。白血球が減少すると細菌と闘う力が弱くなり、かぜ等をひきやすくなります。手洗いうがいの実施や、人混みにでるときにはマスクを着用し、感染予防に努めてください。38℃以上の発熱が2日以上続き、食事や水分がとれない時は医師にご相談下さい。

抗がん剤による副作用 ②

～口内炎～

化学療法の副作用で口内炎ができることがあります。また、化学療法中は細菌に対する抵抗力が弱くなっているため、口の中が感染し、重大な病気を引き起こすこともありますので、マウスケアを意識的に行ってください。リップクリームなどで口唇の乾燥を予防しましょう。

～下痢～

抗がん剤は腸の粘膜に影響を与えるため、下痢をおこすことがあります。1日に何度も下痢をする日が続く場合、あるいは差し込むような腹痛があるような場合には、医師の診察を受けて下さい。

～皮膚症状～

皮膚や爪が黒くなることがあります。日差しが差し込む場所をさけ、外出時には帽子や衣類で直射日光を避けるようにしましょう。皮膚の乾燥が強くなる場合があるので、保湿剤を使用しましょう。また、首筋や手、足、背中などの皮膚に発赤や発疹が出ることがあります徐々に薄くなる人もいれば、自分で自分の頭髪をひっぱると大量の頭髪がとれるようになってショックをうける人もいます。皮膚刺激の少ない木綿の肌着を着用し、ウールセーターや化学繊維などが直接皮膚に接しないようにしましょう。発赤や発疹がひどくなれば医師にご相談下さい。

退院後もこれだけは忘れずに！

☆ 定期的な診察や検査に行きましょう

手術後5年目までは、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、定期検査は胃がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。

☆ 毎月1回、自己検診を続けましょう

どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月1回、日にちを決めて、ご自分で症状をチェックしてください。気になるところがあったら、医師に相談してください。

☆ 指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用してください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。また、薬局で購入した市販薬（胃薬等）についても医師、薬剤師にご相談ください。

☆ 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ 経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。

そして、その多くの方が、病気を克服して、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、希望を持って前進し、病気をしてかえって良かったと思えるような建設的な生活を送ってください。



*あなたが手術を受けた日

平成 年 月 日

*受けた手術

- 開腹術
- 腹腔鏡下手術
- 幽門側胃切除術
- 幽門保存胃切除術
- 噴門側胃切除術
- 胃全摘出術
- その他

※ 退院にあたって、薬剤師から服薬指導、服薬記録の説明を行います。よくお聞き頂いて、理解できない場合はお気軽にご質問ください。

- 治療スケジュール説明
- 患者様用パス説明
- 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認
- 服薬指導（ティーエスワン服用の手引き説明）

患者様への説明後、
チェックして下さい。

連携・連絡
(退院時まで)

術後連携の説明 患者様用パス説明

手術後後遺症・再発等発生時の連絡先
 確認の実施

胃手術後連携パス (手術後～6ヶ月)

○は必須項目

コース名		1コース			2コース					
施設		大阪医大	かかりつけ医		かかりつけ医	かかりつけ医		大阪医大		
診察・検査	受診日	/	/		/	/		/		
	診察	○	○		○	○				
	血液検査	○	○		○	○		○		
	腫瘍マーカー検査							○		
	画像検査							CT		
チェック項目	身体症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	画像検査異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	休薬基準	<input type="checkbox"/> 全身状態 (PS) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身状態 (PS) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 全身状態 (PS) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身状態 (PS) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()				
休薬・減量の有無		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量				
服用期間		服用開始日	服用終了日	休薬開始日	休薬終了日	服用開始日	服用終了日	休薬開始日	休薬終了日	
日時 (/)		/	/	/	/	/	/	/	/	
補助化学療法薬 1日投与量		ティーエスワン () mg	ティーエスワン () mg	2週間の休薬 期間です		ティーエスワン () mg	ティーエスワン () mg	2週間の休薬 期間です		
チェック 処方		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方 <input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方			<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方			
自覚症状	腹部の チェック 抗がん剤の 副作用	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		腹痛								
		腹部膨満								
		胸やけ								
		下痢								
		嘔気・嘔吐								
		全身倦怠感								
		めまい・冷汗								
		色素沈着								
		その他								

内はあなたにご記入いただきます。
気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

3コース			4コース				
大阪医大	かかりつけ医		かかりつけ医	かかりつけ医			大阪医大
/	/		/	/			/
○	○		○	○			
○	○		○	○			○
							○
							CT 胃カメラ
<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"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量			
服用開始日	服用終了日	休薬 開始日	休薬 終了日	服用開始日	服用終了日	休薬 開始日	休薬 終了日
/	/	/	/	/	/	/	/
ティーエスワン () mg	ティーエスワン () mg	2週間の休薬 期間です		ティーエスワン () mg	ティーエスワン () mg	2週間の休薬 期間です	
<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方			<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方		
kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg

ティーエスワン服薬記録をご記入いただき、
受診時に主治医にご呈示下さい。

胃手術後連携パス (6ヶ月～1年)

○は必須項目

コース名		5コース			6コース				
施設		大阪医大	かかりつけ医		かかりつけ医	かかりつけ医		大阪医大	
診察・検査	受診日	/	/		/	/		/	
	診察	○	○		○	○			
	血液検査	○	○		○	○		○	
	腫瘍マーカー検査							○	
	画像検査							CT	
チェック項目	身体症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	画像検査異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	休薬基準	<input type="checkbox"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身状態 (P6) <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> その他 ()			
休薬・減量の有無		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量		<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬・ <input type="checkbox"/> 減量			
服用期間		服用開始日	服用終了日	休薬開始日 休薬終了日	服用開始日	服用終了日	休薬開始日 休薬終了日		
日時 (/)		/	/	/	/	/	/	/	
補助化学療法薬 1日投与量		ティーエスワン () mg	ティーエスワン () mg	2週間の休薬 期間です	ティーエスワン () mg	ティーエスワン () mg	2週間の休薬 期間です		
チェック 処方		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> TS-1 2週間処方			
自覚症状	腹部の チェック 抗がん剤の 副作用	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		腹痛							
		腹部膨満							
		胸やけ							
		下痢							
		嘔気・嘔吐							
		全身倦怠感							
		めまい・冷汗							
		色素沈着							
		その他							

内はあなたにご記入いただきます。
 気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

胃がん手術後連携パス（1～2年）

○は必須項目

術後		1年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	（ 腹部エコー ・ 胸部XP ）	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（ RBC ・ Hb ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（ WBC ・ CRP ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （ sGOT ・ sGPT ・ Alp ・ T bil ・ LDH ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（ Cr ・ BUN ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（ CEA ・ CA19-9 ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
	その他		

内はあなたにご記入いただきます。
気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー ・ 胸部XP)	胃カメラ ・ CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

胃がん手術後連携パス（2～3年）

○は必須項目

術後		2年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	（ 腹部エコー ・ 胸部XP ）	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（RBC・Hb）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（WBC・CRP）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（Cr・BUN）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（CEA・CA19-9）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
	その他		

内はあなたにご記入いただきます。
気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー ・ 胸部XP)	胃カメラ ・ CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

胃がん手術後連携パス（3～4年）

○は必須項目

術後		3年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	（ 腹部エコー ・ 胸部XP ）	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（ RBC ・ Hb ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（ WBC ・ CRP ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（ Cr ・ BUN ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（CEA ・ CA19-9）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
	その他		

□内はあなたにご記入いただきます。
気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年
大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー ・ 胸部XP)	胃カメラ ・ CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

胃がん手術後連携パス（4～5年）

○は必須項目

術後		4年3ヶ月	
施設		かかりつけ医	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査（腫瘍マーカーを含む）	○	
	画像検査	（ 腹部エコー ・ 胸部XP ）	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
血液・画像 検査	貧血（ RBC ・ Hb ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	炎症所見（ WBC ・ CRP ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	肝機能異常 （sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腎機能異常（ Cr ・ BUN ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	腫瘍マーカー異常（CEA ・ CA19-9）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		めまい・冷汗	
	その他		

内はあなたにご記入いただきます。
気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー ・ 胸部XP)	胃カメラ ・ CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg

大阪医科大学附属病院の部署のご案内



再診予約変更

消化器外科外来に電話してください。
午後3～4時の間に予約の取り消しや変更を承ります。
なお、検査によっては予約の変更はできませんので、
その場合は、直接来院のうえ、ご変更ください。

電話番号：072-683-1221（代）（内線2341）

がん相談支援室

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるようにがん相談支援室にてがんに関する相談をお受けしております。

当院に入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して温かな医療・看護が受けられるよう、医師または看護師など院内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

相談時間

月曜日～金曜日 9:00～16:00

第1・3・5土曜日 9:00～12:00

（但し当院の休診日はお受けしておりません。）

予約方法

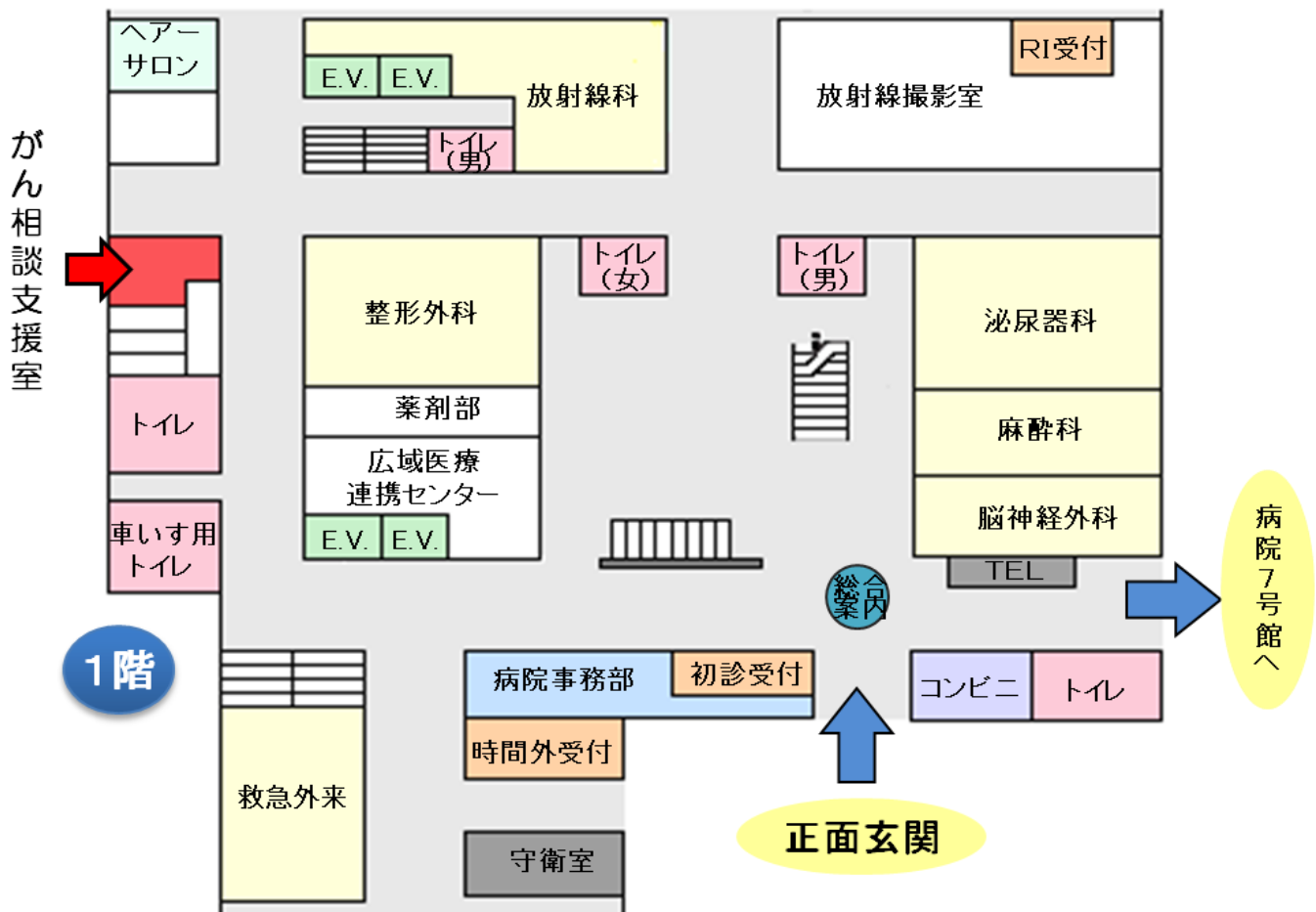
電話またはFAXにてお申し込みください。

電話：072-683-1221（代表） 内線2095

FAX：072-684-6221

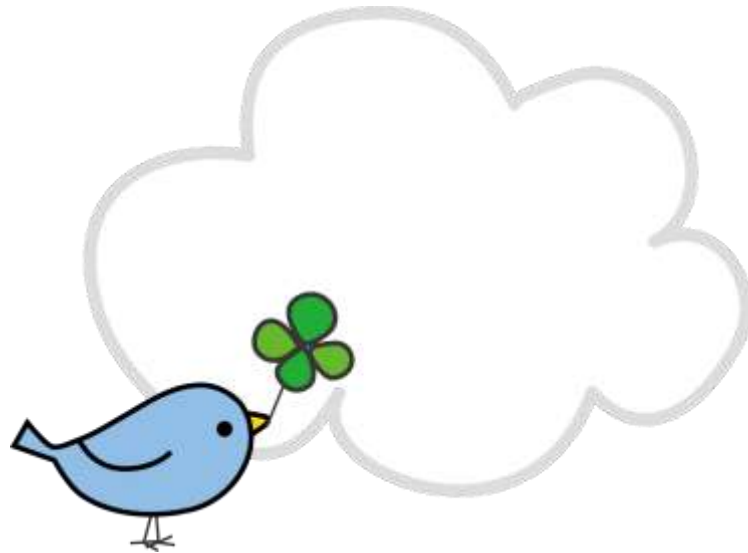
※予約優先としますが、予約がない場合でも時間に空きがあればお受けしております。





名前 _____

ID番号 _____



大阪医科大学附属病院

(消化器外科)

TEL 072-683-1221 (代) (内線2341)

24年 5月作成
25年 9月改定