

大腸がん術後フォローアップ連携パス(UFT経過報告)

平成 年 月 日

医療機関情報 先生 御侍史	外科	
	担当医(記入医)	
	連名医(指導医等)	

患者情報	当院ID	
ふりがな	性別	
患者氏名	生年月日	

上記の患者さまですが、大腸がん術後の地域連携パスに基づいた病診連携にご協力して頂けたら幸いです。当院ではCT検査を含めたフォローアップを5年間させて頂く予定です。貴院では通常の診察および腫瘍マーカーの測定をして頂き、当院受診時に持参して頂くようご指導頂きたいと考えております。

症状経過など

再発移転無し 再発移転有り

【治療計画】

CT検査(胸部・腹部・骨盤など)および大腸内視鏡検査が貴院で実施可能な場合は、検査をお願い致します。

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	6カ月 月日	月日	1年 月日	月日	1年半 月日	月日	2年 月日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	2年半 月日	月日	3年 月日	月日	4年 月日	月日	5年 月日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	(○)	○	(○)	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

医療機関情報 〒 569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号 大阪医科大学附属病院 一般・消化器外科 担当医 先生 御侍史	
---	--

患者情報		当院ID	
ふりがな		性別	
患者氏名		生年月日	

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など

異常所見無し 異常所見有り

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	6カ月 月 日	月 日	1年 月 日	月 日	1年半 月 日	月 日	2年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	2年半 月 日	月 日	3年 月 日	月 日	4年 月 日	月 日	5年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	(○)	○	(○)	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

大腸がん術後フォローアップ連携パス(UFT経過報告)

平成 年 月 日

医療機関情報 先生 御侍史	外科	
	担当医(記入医)	
	連名医(指導医等)	

患者情報	当院ID	
ふりがな	性別	
患者氏名	生年月日	

上記の患者さまですが、大腸がん術後の地域連携パスに基づいた病診連携にご協力して頂けたら幸いです。当院ではCT検査を含めたフォローアップを5年間させて頂く予定です。貴院では通常の診察および腫瘍マーカーの測定をして頂き、当院受診時に持参して頂くようご指導頂きたいと考えております。

症状経過など

再発移転無し 再発移転有り

【治療計画】

CT検査(胸部・腹部・骨盤など)および大腸内視鏡検査が貴院で実施可能な場合は、検査をお願い致します。

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	6カ月 月日	月日	1年 月日	月日	1年半 月日	月日	2年 月日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月日	2年半 月日	月日	3年 月日	月日	4年 月日	月日	5年 月日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	(○)	○	(○)	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

■患者情報

フリガナ _____ ■性別: \$性別 ■生年月日: _____

■患者名: _____ ■身長: \$身長.01 cm / \$体重.01 kg / 体表面積 _____ m²

■合併症: _____ ■病名: _____

■手術年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■術式: _____

■退院年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■最終診断: T _____ N _____ M _____ Stage _____ ■人工肛門: _____

■当施設名: 大阪医科大学附属病院

■担当医名 _____ ■連絡先: TEL 072(683)1221(消化器外科外来 FAX 072(684)6339)

■連携施設名: _____

■担当医名 _____ ■連絡先: TEL (_____) FAX (_____)

■連携パスの達成目標(術後補助化学療法期間中)

①術後連携によるフォローアップ ②術後補助化学療法の完遂 ③術後合併症、副作用、再発の早期発見

■術後補助化学療法開始前の説明と確認

術後の合併症と対処法について 日本治療法について 副作用について

■ユーエフティ/ユーゼル 4週投薬1週休薬

■初回投与量

ユーエフティ-カプセル100mg _____ カプセル/回 _____ 朝・屋・夕 _____

ユーエフティ-E課粒100mg _____ 包/回 _____ 朝・屋・夕 _____

ユーゼル錠25mg _____ 錠/回 _____ 朝・屋・夕 _____

コース数	4W投1W休)		2コース (4W投1W休)		4W投1W休)		4コース (4W投1W休)		5コース (4W投1W休)	
受診日	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)
受診施設	大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設	
投薬・処置	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²
	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕
バイタル	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回	□ユーエフティ: カプセル/回
	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回	□ユーゼル: 錠/回
PS	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー	□2週間分オーダー
	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー	□次回来院時検査予約オーダー
体温	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C
血圧	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
体重	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
食欲不振	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
下痢	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
口内炎	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
肝機能障害	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
発疹	0・1・2・3	・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3
色素沈着	0・1・2	1・2	0・1・2	0・1・2	1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2
	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)
検査	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³
	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³
	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上
	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL
	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³
	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL
	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L
□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	
□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	
薬局	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導
	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明
特記事項	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)
	5コース終了後、できれば大阪医科大学附属病院受診前に、評価判定のCT(胸部・腹部)を撮ってください。									

■患者情報

フリガナ _____ ■性別: \$性別 ■生年月日: _____

■患者名: _____ ■身長: \$身長.01 cm / \$体重.01 kg / 体表面積 _____ m²

■合併症: _____ ■病名: _____

■手術年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■術式: _____

■退院年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■最終診断: T _____ N _____ M _____ Stage _____ ■人工肛門: _____

■当施設名: 大阪医科大学附属病院

■担当医名 _____ ■連絡先: TEL 072(683)1221(消化器外科外来 FAX 072(684)6339)

■連携施設名: _____

■担当医名 _____ ■連絡先: TEL (_____) FAX (_____)

■連携パスの達成目標(術後補助化学療法期間中)

①術後連携によるフォローアップ ②術後補助化学療法の完遂 ③術後合併症、副作用、再発の早期発見

■術後補助化学療法開始前の説明と確認

術後の合併症と対処法について 日本治療法について 副作用について

■ユーエフティ/ユーゼル 4週投薬1週休薬

■初回投与量

ユーエフティ-カプセル100mg _____ カプセル/回 _____ 朝・屋・夕 _____

ユーエフティ-E課粒100mg _____ 包/回 _____ 朝・屋・夕 _____

ユーゼル錠25mg _____ 錠/回 _____ 朝・屋・夕 _____

コース数	4W投1W休)		2コース (4W投1W休)		4W投1W休)		4コース (4W投1W休)		5コース (4W投1W休)	
受診日	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)	月 日(day1)	月 日(day15)
受診施設	大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設		大阪医科大学附属病院 / 連携施設	
投薬・処置	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²	体表面積: _____ m ²
	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕	□投与量 朝・屋・夕
バイタル	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C	体温 _____ °C
	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____	血圧 _____ / _____
PS	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
食欲不振	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
下痢	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)	(_____ 回/日, 性状 _____)
口内炎	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
肝機能障害	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
発疹	0・1・2・3	・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3
色素沈着	0・1・2	1・2	0・1・2	0・1・2	1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2
	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)	部位(_____)
検査	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³	□WBC ≥ 3,000/mm ³
	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³	<12,000/mm ³
	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上	□好中球 ≥ 1,500 /mm ³ 以上
	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL	□Hb ≥ 9.0 g/dL
	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³	□PLT ≥ 10 × 10 ⁴ /mm ³
	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL	□T-Bil < 1.5 mg/dL
	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L	□GOT&GPT < 100 IU/L
□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	□Cr < 1.5 mg/dL未滿	
□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	□腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)
薬局	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導	□服薬指導
	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明	□副作用説明
特記事項	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)	□併用薬の確認(相互作用等)
	5コース終了後、できれば大阪医科大学附属病院受診前に、評価判定のCT(胸部・腹部)を撮ってください。									