

診療情報提供書・胃がん術後フォローアップ連携パス（導入）

@SYSDATE

（大阪医科大学附属病院⇒連携医療機関）

医療機関情報 ○○○病院 先生 御侍史	@hospital_name 担当医 @USERNAME
患者情報 当院 ID @PATIENTID ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA 患者氏名 @PATIENTNAME	
性別 \$性別 生年月日 @PATIENTBIRTHN	

上記の患者さまですが、胃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

※検査データ・処方薬一覧も添付

病名 @DISEASE

手術情報 ◆術式

手術日 平成 年 月 日 腹腔鏡下 or 開腹

退院日 平成 年 月 日 その他 ()

最終診断 T N M Stage 合併症 無 有 ()

【治療計画】 CT 検査（胸部・腹部）および胃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

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
(術後)			6 カ月		1 年		1 年半		2 年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	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)		○		○		○		○
	胃内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医 or 病院	病院	連携医 or 病院	病院
(術後)			2 年半		3 年		4 年		5 年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	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)		○		○		○		○
	胃内視鏡検査				○				○

医療機関情報 〒 569-8686 大阪府高槻市大学町 2 番 7 号 @hospital_name 一般・消化器外科 担当医 先生 御侍史

患者情報 当院 ID @PATIENTID ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA 患者氏名 @PATIENTNAME		性別 \$性別 生年月日 @PATIENTBIRTHN
---	--	--------------------------------

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 <input type="checkbox"/> 異常所見無し <input type="checkbox"/> 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

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
(術後)			6 カ月		1 年		1 年半		2 年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	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)		○		○		○		○
	胃内視鏡検査				○				○

		連携医	病院	連携医	病院	連携医 or 病院	病院	連携医 or 病院	病院
(術後)			2 年半		3 年		4 年		5 年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	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)		○		○		○		○
	胃内視鏡検査				○				○