

診療情報提供書・胃がん術後フォローアップ連携パス（経過報告）

@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 外科
	担当医（記入医） @USERNAME 連名医（指導医等）
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"/> 再発転移無し <input type="checkbox"/> 異常所見有り
--

【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				○				○