

医療機関情報
〒

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター
担当医

患者情報
 当院ID
 フリガナ
 患者氏名
 性別
 生年月日 年 月 日

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いただくようご指導いただきたいと思いますと考えております。

症状経過など

※検査データ・処方薬一覧も添付

手術情報
 病名 ()
 手術日 令和 年 月 日
 退院日 令和 年 月 日
 最終診断 (T | N | M Stage |)
 ◆術式
 腹腔鏡下or 開腹
 その他 ()
 合併症 無 有 ()

○: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ヶ月 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) | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ |
| | 胃内視鏡検査 | | | | ○ | | | | |

| | (術後) | 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 |
|----|----------------------|-----|------------|-----|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
| | | 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) | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ |
| | 胃内視鏡検査 | | | | ○ | | | | ○ |