

診療情報提供書
(胃がん術後地域連携クリニカルパス)

年 月 日

広島大学病院

担当医 先生
(FAX:082-257-1720 がん治療センター)

連携先病院(病院名および所在地)

医師名:

印

※医師名欄は、署名もしくは記名押印

患者氏名		性別	
		生年月日	
	(広島大学病院ID)		
住所			
電話番号			

傷病名: 胃がん術後(地域連携パス) 手術日 年 月 日

受診日: 年 月 日 (術後 年 ヶ月後)

紹介目的: 共同診療計画に沿った診療

既往歴:

症状経過・検査結果および治療経過

		コメント			コメント
診 察	鎖骨上窩リンパ節腫大	無 ・ 有	自 覚 症 状	体重	Kg
	腹部症状	無 ・ 有		胸やけ	無 ・ 有
	消化器症状	無 ・ 有		下痢	無 ・ 有
	排便状態	無 ・ 有		吐き気・嘔吐	無 ・ 有
	後遺症の確認	無 ・ 有		全身倦怠感	無 ・ 有
	ダンピング症候群	無 ・ 有		めまい・冷や汗	無 ・ 有
	小胃症状	無 ・ 有		指 導	食事指導
	逆流性食道炎	無 ・ 有	生活指導		無 ・ 有

コメント

有害事象の発生なく、診療計画に沿い定期的な受診、検査が行えたので報告します。

施行検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	<input type="checkbox"/> 胸腹部CT	<input type="checkbox"/> GIFまたはCF	
添付資料	<input type="checkbox"/> 検査データ	<input type="checkbox"/> その他()	
現在の処方			