

診療情報提供書（がん治療連携指導に伴う報告）

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

生年月日

患者住所

電話番号

< 広島大学病院ID

EMR,ESD施行日:

年 月 日

>

傷病名 胃癌EMR,ESD後(I期)

紹介目的 (胃癌EMR,ESD後I期 地域連携パスの適用) 治療後 年 月 日の報告

受診日・検査日 年 月 日

症状経過・検査結果および治療経過

血液・画像検査	貧血(Hb)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自覚症状	体重	Kg
	炎症所見(WBCなど)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		腹痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	肝機能異常(GOT・GPTなど)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		腹部膨満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腎機能異常(Crなど)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腫瘍マーカー異常(CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	画像検査異常(CT/US/胸部X線)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	*上部消化管内視鏡所見	年後 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		めまい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
治療	抗潰瘍薬内服(ESD後2~3ヶ月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	指導	冷や汗	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	H.pylori 除菌療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		食事指導	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				生活指導	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

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

*内視鏡所見用紙のコピーを忘れずに添付下さい。

現在の処方

添付資料 検査データ

備考

バリエーション・有害事象の発生時は、速やかに担当医、がん治療センターへ直接連絡して受診予約を依頼して下さい。

尚、その際も診療情報提供書を用いてご連絡ください。

広島大学病院 TEL 082-257-5465 (消化器・代謝内科外来)

FAX 082-257-1720 (がん治療センター)