

診療情報提供書
(大腸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	(広島大学病院ID)	性別	
		生年月日	
住所			
電話番号			

傷病名: 大腸がん術後(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
	鼠径リンパ節腫大	無 ・ 有		便秘	無 ・ 有
	腹部症状	無 ・ 有		下痢	無 ・ 有
	消化器症状	無 ・ 有		血便	無 ・ 有
	腹部膨満	無 ・ 有		便柱の狭小化	無 ・ 有
			指導	食事指導	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			