

# 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\*@PATIENTID

EMR/ESD施行日:

1900年1月0日

>

傷病名 大腸癌EMR/ESD後(0, I 期)

紹介目的 (大腸癌EMR/ESD後0期, I 期 地域連携パスの適用) 術後 年 月 日の報告

受診日・検査日 年 月 日 (検査日: 年 月 日)

## 症状経過・検査結果および治療経過

	体 重	Kg
視 触 診	鎖骨上窩リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	鼠径部リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腹部症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
問 診	消化器症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	排便状態:便秘・下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	排便状態:血 便	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血 液 ・ 画 像 検 査	排便状態:便柱の狭小化	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	貧血(Hb)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	炎症所見(WBCなど)	<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
	腎機能異常(Crなど)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指 導	腫瘍マーカー異常(CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	*画像検査(大腸内視鏡検査)	年後 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指 導	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 (消化器内科外来)

FAX 082-257-1720 (がん治療センター)