

# 胃手術後 地域連携クリティカルパス スケジュール

様 ID

○は必須項目 △は必要時実施

術後		1ヵ月	3ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	1年	1年～2年(3ヵ月ごと)			
施設		大阪南	連携施設	大阪南	連携施設	大阪南	連携施設	大阪南	連携施設	大阪南
受診日		/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察・検査	診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血液検査	△	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー		○	○	○	○	○	○	○	○
	画像検査		△ 腹部エコー 胸部X線	CT	△ 腹部エコー 胸部X線	CT 胃カメラ	△ 腹部エコー 胸部X線	CT	△ 腹部エコー 胸部X線	CT 胃カメラ
薬剤	薬の処方	△	△	△	△	△	△	△	△	△

術後		2年～3年(3ヵ月ごと)				3年～4年(3ヵ月ごと)			
施設		連携施設	大阪南	連携施設	大阪南	連携施設	大阪南	連携施設	大阪南
受診日		/	/	/	/	/	/	/	/
診察・検査	診察	○	○	○	○	○	○	○	○
	血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー		○		○		○		○
	画像検査	△ 腹部エコー 胸部X線		△ 腹部エコー 胸部X線	CT 胃カメラ	△ 腹部エコー 胸部X線		△ 腹部エコー 胸部X線	CT 胃カメラ
薬剤	薬の処方	△	△	△	△	△	△	△	△

術後		4年～5年(3ヵ月ごと)			
施設		連携施設	大阪南	連携施設	大阪南
受診日		/	/	/	/
診察・検査	診察	○	○	○	○
	血液検査	○	○	○	○
	腫瘍マーカー		○		○
	画像検査	△ 腹部エコー 胸部X線		△ 腹部エコー 胸部X線	CT 胃カメラ
薬剤	薬の処方	△	△	△	△

**※画像検査**  
 連携施設で可能な検査については、スケジュールを変更することがあります。

# 胃がん術後連携パス

<b>■患者情報</b> ふりがな <b>■患者名:</b> ( ) <b>■性別:</b> 男性・女性 <b>■生年月日:</b> 年 月 日  <b>■手術日:</b> 年 月 日 <b>■術式:</b>	<b>■当施設名:</b> 大阪南医療センター <b>■担当医名:</b> <b>■連絡先:</b> TEL 0721 (53) 5761 FAX 0721 (50) 4416  <b>■連携施設名:</b>  <b>■連絡先:</b> TEL ( ) FAX ( )
---	--

**■連携パスの達成目標**  
 ①術後連携によるフォローアップ ②術後合併症, 副作用, 再発の早期発見

術後	年 月					
受診日	/ /					
受診施設	大阪南医療センター / 連携施設					
診察	腸閉塞症状	なし・あり	検査値の異常	検査項目	正常値	
	ダンピング症候群	なし・あり		<input type="checkbox"/> WBC	なし・あり	3,000/mm <sup>3</sup> 以上 12,000/mm <sup>3</sup> 未満
	食道逆流症状	なし・あり		<input type="checkbox"/> 好中球	なし・あり	1,500 /mm <sup>3</sup> 以上
	狭窄	なし・あり		<input type="checkbox"/> Hb	なし・あり	9.0 g/dL以上
	小胃症状	なし・あり		<input type="checkbox"/> PLT	なし・あり	10×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> 以上
	<input type="checkbox"/> 処方は別紙参照			<input type="checkbox"/> T-Bil	なし・あり	1.5 mg/dL未満
	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー			<input type="checkbox"/> GOT&GPT	なし・あり	100 IU/L未満
PS	0・1・2・3・4		<input type="checkbox"/> Cr	なし・あり	1.5 mg/dL未満	
自己評価項目 ※診察前にご記入ください				<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)		
体温	℃		腫瘍マーカー 画像検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線 or CT		
体重	kg			<input type="checkbox"/> 腹部エコー or CT		
腹部の症状 痛みなど	なし・あり( )			<input type="checkbox"/> 胃カメラ		
食欲不振	なし・あり( )		薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導		
便通の異常	なし・あり( 回/日, 性状 )			<input type="checkbox"/> 副作用説明		
気になること				<input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)		
特記事項 申し送り および 注意事項						