

病院名(主治医) 大同病院( 診療所名(主治医) 患者名

		は基幹病院で								
( 年/ 月/ 日)		退院時			6ヶ月後			1年後		
		( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )
バイタル	体温	( °C)								
	血圧	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
	体重	( kg)								
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
検査	Hb	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CEA	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CA19-9	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
画像	腹部CT	異常(+,-)			異常(+,-)			異常(+,-)		
	胸部CT	異常(+,-)			異常(+,-)			異常(+,-)		
	大腸内視鏡							異常(+,-)		
確認	イレウス	(有・無)								
	再発所見	(有・無)								
処方		( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )
医師サイン										
備考(特記事項)										

\* pStage0では術後のCTは省略可 \* 胸部CTは胸部単純XPでも可

病院名(主治医) 大同病院(

診療所名(主治医)

患者名

は基幹病院で

( 年/ 月/ 日)		1年6ヶ月後			2年後			2年6ヶ月後		
		( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )
バイタル	体温	( °C)								
	血圧	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
	体重	( kg)								
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
検査	Hb	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CEA	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CA19-9	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
画像	腹部CT	異常(+,-)			異常(+,-)			異常(+,-)		
	胸部CT	異常(+,-)			異常(+,-)			異常(+,-)		
	大腸内視鏡				異常(+,-)					
確認	イレウス	(有・無)								
	再発所見	(有・無)								
処方		( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )
医師サイン										
備考(特記事項)										

\* pStage0では術後のCTは省略可

\* 結腸では術後2年の内視鏡は省略可

病院名(主治医) 大同病院(

診療所名(主治医)

患者名

は基幹病院で

( 年/ 月/ 日)		3年後		3年6ヶ月後		4年後		4年6ヵ月後		5年後
		( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( / / )
バイタル	体温	( °C)								
	血圧	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
	体重	( kg)								
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
検査	Hb	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CEA	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CA19-9	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
画像	腹部CT	異常(+,-)		異常(+,-)		異常(+,-)		異常(+,-)		異常(+,-)
	胸部CT	異常(+,-)		異常(+,-)		異常(+,-)		異常(+,-)		異常(+,-)
	大腸内視鏡	異常(+,-)								異常(+,-)
確認	イレウス	(有・無)								
	再発所見	(有・無)								
処方		( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )
医師サイン										
備考(特記事項)										

\* pStage0では術後のCTは省略可

\* pStage I, II では術後3年6か月と4年6か月のCTは省略可

病院名(主治医) 大同病院( 診療所名(主治医) 患者名

						は基幹病院で				
( 年/ 月/ 日)		( )年後 ( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( )年後 ( / / )	( / / )	( / / )	( / / )	( )年後 ( / / )
バイタル	体温	( °C)	( °C)	( °C)	( °C)	( °C)	( °C)	( °C)	( °C)	( °C)
	血圧	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
	体重	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)	( kg)
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
検査	Hb	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CEA	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	CA19-9	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
画像	腹部CT	異常(+,-)				異常(+,-)				異常(+,-)
	胸部CT	異常(+,-)				異常(+,-)				異常(+,-)
	大腸内視鏡									異常(+,-)
確認	イレウス	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)
	再発所見	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)
処方		( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )	( +, - )
医師サイン										
備考(特記事項)										

\* pStage0では術後のCTは省略可 \* 胸部CTは胸部単純XPでも可

病院名(主治医) 大同病院( ) 診療所名(主治医) 患者名

UFT+LV(大腸):28日間投与7日間休薬 5コース  
TS1(結腸):28日間投与14日間休薬 4コース

ゼローダ(大腸):14日間投与7日間休薬 8コース  
TS1(直腸):28日間投与14日間休薬 8コース

は基幹病院で

退院年月日 ( 年/ 月/ 日)		第1コース				第2コース			
		第1コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬	第2コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬
バイタル	体温	( °C)	( °C)	( °C)		( °C)	( °C)	( °C)	
	血圧	/	/	/		/	/	/	
	HR	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)		回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	
	体重	( kg)	( kg)	( kg)		( kg)	( kg)	( kg)	
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )		0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	
	手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3		0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
検査	WBC	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000		<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	
	好中球	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500		<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	
	Hb	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0		<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	
	PLT	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万		<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	
	T.Bil	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2		<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	
	GOT/GPT	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2		<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	
	Cr	<input type="checkbox"/> Cr<ULN				<input type="checkbox"/> Cr<ULN			
	CEA	( )							
	CA19-9	( )							
説明・確認	<input type="checkbox"/> 本療法の説明	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 副作用の説明	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 投与量決定 ( mg/日)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		
処方	化学療法処方	(+,-) mg/日	(+,-) mg/日		(+,-) mg/日	(+,-) mg/日	(+,-) mg/日		
	ワーファリン併用	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
	その他	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
医師サイン									
備考(特記事項)									

\*ワーファリン併用時はワーファリンの作用増強に注意

\* Ccr (eGFR) : 50~60mL/min以下で1段階以上減量

\* Ccr (eGFR) : 30mL/min以下中止

病院名(主治医) 大同病院( ) 診療所名(主治医) 患者名

UFT+LV(大腸):28日間投与7日間休薬 5コース  
TS1(結腸):28日間投与14日間休薬 4コース

ゼローダ(大腸):14日間投与7日間休薬 8コース  
TS1(直腸):28日間投与14日間休薬 8コース

は基幹病院で

退院年月日 ( 年/ 月/ 日)		第3コース				第4コース			
		第3コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬	第4コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬
バイタル	体温	( °C)	( °C)	( °C)		( °C)	( °C)	( °C)	
	血圧	/	/	/		/	/	/	
	HR	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)		回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	
	体重	( kg)	( kg)	( kg)		( kg)	( kg)	( kg)	
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )		0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	
	手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3		0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
検査	WBC	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000		<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	
	好中球	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500		<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	
	Hb	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0		<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	
	PLT	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万		<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	
	T.Bil	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2		<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	
	GOT/GPT	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2		<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	
	Cr	<input type="checkbox"/> Cr<ULN				<input type="checkbox"/> Cr<ULN			
	CEA	( )							
	CA19-9	( )							
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		
	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処方	化学療法処方	(+,-) mg/日	(+,-) mg/日		(+,-) mg/日	(+,-) mg/日			
	ワーファリン併用	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
	その他	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
医師サイン									
備考(特記事項)									

\*ワーファリン併用時はワーファリンの作用増強に注意

\* Ccr (eGFR) : 50~60mL/min以下で1段階以上減量

\* Ccr (eGFR) : 30mL/min以下中止

病院名(主治医) 大同病院( ) 診療所名(主治医) 患者名

UFT+LV(大腸):28日間投与7日間休薬 5コース  
TS1(結腸):28日間投与14日間休薬 4コース

ゼローダ(大腸):14日間投与7日間休薬 8コース  
TS1(直腸):28日間投与14日間休薬 8コース

は基幹病院で

退院年月日 ( 年/ 月/ 日)		第5コース				第6コース			
		第5コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬	第6コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬
バイタル	体温	( °C)	( °C)	( °C)		( °C)	( °C)	( °C)	
	血圧	/	/	/		/	/	/	
	HR	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)		回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	
	体重	( kg)	( kg)	( kg)		( kg)	( kg)	( kg)	
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )		0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	
	手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3		0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
検査	WBC	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000		<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	
	好中球	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500		<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	
	Hb	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0		<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	
	PLT	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万		<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	
	T.Bil	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2		<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	
	GOT/GPT	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2		<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	
	Cr	<input type="checkbox"/> Cr<ULN				<input type="checkbox"/> Cr<ULN			
	CEA CA19-9	( ) ( )							
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		
	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処方	化学療法処方	(+,-) mg/日	(+,-) mg/日		(+,-) mg/日	(+,-) mg/日			
	ワーファリン併用	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
	その他	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
医師サイン									
備考(特記事項)									

\*ワーファリン併用時はワーファリンの作用増強に注意

\* Ccr (eGFR) : 50~60mL/min以下で1段階以上減量

\* Ccr (eGFR) : 30mL/min以下中止

病院名(主治医) 大同病院( ) 診療所名(主治医) 患者名

UFT+LV(大腸):28日間投与7日間休薬 5コース  
TS1(結腸):28日間投与14日間休薬 4コース

ゼローダ(大腸):14日間投与7日間休薬 8コース  
TS1(直腸):28日間投与14日間休薬 8コース

は基幹病院で

退院年月日 ( 年/ 月/ 日)		第7コース				第8コース			
		第7コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬	第8コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬
バイタル	体温	( °C)	( °C)	( °C)		( °C)	( °C)	( °C)	
	血圧	/	/	/		/	/	/	
	HR	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)		回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	
	体重	( kg)	( kg)	( kg)		( kg)	( kg)	( kg)	
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )		0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	
	手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3		0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
検査	WBC	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000		<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	
	好中球	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500		<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	
	Hb	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0		<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	
	PLT	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万		<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	
	T.Bil	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2		<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	
	GOT/GPT	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2		<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	
	Cr	<input type="checkbox"/> Cr<ULN				<input type="checkbox"/> Cr<ULN			
	CEA	( )							
	CA19-9	( )							
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		
	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処方	化学療法処方	(+,-) mg/日	(+,-) mg/日		(+,-) mg/日	(+,-) mg/日			
	ワーファリン併用	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
	その他	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
医師サイン									
備考(特記事項)									

\*ワーファリン併用時はワーファリンの作用増強に注意

\* Ccr (eGFR) : 50~60mL/min以下で1段階以上減量

\* Ccr (eGFR) : 30mL/min以下中止

病院名(主治医) 大同病院( ) 診療所名(主治医) 患者名

UFT+LV(大腸):28日間投与7日間休薬 5コース  
TS1(結腸):28日間投与14日間休薬 4コース

ゼローダ(大腸):14日間投与7日間休薬 8コース  
TS1(直腸):28日間投与14日間休薬 8コース  
その他( )

は基幹病院で

退院年月日 ( 年/ 月/ 日)		第( )コース				第( )コース			
		第( )コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬	第( )コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬
バイタル	体温	( °C)	( °C)	( °C)		( °C)	( °C)	( °C)	
	血圧	/	/	/		/	/	/	
	HR	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)		回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	
	体重	( kg )	( kg )	( kg )		( kg )	( kg )	( kg )	
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )		0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	
検査	手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3		0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
	WBC	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000		<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	
	好中球	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500		<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	
	Hb	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0		<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	
	PLT	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万		<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	
	T.Bil	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2		<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	
	GOT/GPT	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2		<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	
	Cr	<input type="checkbox"/> Cr<ULN				<input type="checkbox"/> Cr<ULN			
	CEA	( )							
	CA19-9	( )							
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見(有・無)		
	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処方	化学療法処方	(+,-) mg/日	(+,-) mg/日		(+,-) mg/日	(+,-) mg/日			
	ワーファリン併用	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
	その他	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
医師サイン									
備考(特記事項)									

\*ワーファリン併用時はワーファリンの作用増強に注意

\* Ccr (eGFR) : 50~60mL/min以下で1段階以上減量

\* Ccr (eGFR) : 30mL/min以下中止

病院名(主治医) 大同病院( ) 診療所名(主治医) 患者名

UFT+LV(大腸):28日間投与7日間休薬 5コース      ゼローダ(大腸):14日間投与7日間休薬 8コース  
TS1(結腸):28日間投与14日間休薬 4コース      TS1(直腸):28日間投与14日間休薬 8コース  
その他( )

は基幹病院で

退院年月日 ( 年/ 月/ 日)		第( )コース				第( )コース			
		第( )コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬	第( )コース投与開始日 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	投薬( )日目 ( / / )	休薬
バイタル	体温	( °C)	( °C)	( °C)		( °C)	( °C)	( °C)	
	血圧	/	/	/		/	/	/	
	HR	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)		回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	
	体重	( kg)	( kg)	( kg)		( kg)	( kg)	( kg)	
診察	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )		0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	0・1・2部位( )	
検査	手足症候群	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3		0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
	WBC	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000		<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	<input type="checkbox"/> WBC>3000	
	好中球	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500		<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	<input type="checkbox"/> 好中球>1500	
	Hb	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0		<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	<input type="checkbox"/> Hb>9.0	
	PLT	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万		<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	<input type="checkbox"/> PLT>10万	
	T.Bil	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2		<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	<input type="checkbox"/> T.Bil<ULN×2	
	GOT/GPT	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2		<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	<input type="checkbox"/> GOT/GPT <ULN×2	
	Cr	<input type="checkbox"/> Cr<ULN				<input type="checkbox"/> Cr<ULN			
	CEA	( )							
	CA19-9	( )							
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)	<input type="checkbox"/> 副作用 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)	<input type="checkbox"/> イレウス (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 再発所見 (有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見 (有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見 (有・無)		<input type="checkbox"/> 再発所見 (有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見 (有・無)	<input type="checkbox"/> 再発所見 (有・無)		
	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処方	化学療法処方	(+,-) mg/日	(+,-) mg/日		(+,-) mg/日	(+,-) mg/日			
	ワーファリン併用	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
	その他	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)	(+,-)		
医師サイン									
備考(特記事項)									

\*ワーファリン併用時はワーファリンの作用増強に注意

\* Ccr (eGFR) : 50~60mL/min以下で1段階以上減量

\* Ccr (eGFR) : 30mL/min以下中止