

胃がん内視鏡治療後地域連携パス
共同診療計画書：






(患者用)

患者名 _____

基幹病院主治医 _____

連携医 _____

(連携医療機関名 _____)

| | 基幹病院外来 | 紹介時 ↓ 退院時 (年) (/) | 連携医 日常診療 外来  | | | | | |
|--|---|--------------------------------|--|--------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|--|
| | | | 病院外来 6ヶ月後 (年/ 月) | 病院外来 1年後 (年/ 月) | 病院外来 1年6ヶ月後 (年/ 月) | 病院外来 2年後 (年/ 月) | | |
| 教育、指導 | <input type="checkbox"/> 治療方針説明 <input type="checkbox"/> 患者用パス説明 | | | | | | | |
| 投薬  | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他薬剤処方 | | | | | | | |
| 診察  | | | | | | | | |
| 採血  | 一般採血※1 | | 3~6ヶ月ごとに連携医で必要に応じて行っていただきます | | | | | |
| 画像検査  | 内視鏡※2※3 超音波(US)・CT | | (<input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> | (<input type="checkbox"/>) | | <input type="checkbox"/> | |
| 目標 | 術後再発の早期発見 術後異常の早期発見 | | | | | | | |
| 連携、連絡 | 異常時は基幹病院 地域連携室へ連絡 | | | | | | | |

※1 腫瘍マーカーを含めた採血検査は担当医と相談の上必要に応じて行って良いです(特にガイドラインに推奨ありません)。

※2 内視鏡検査は年1~2回の経過観察が望ましいので半年毎の欄は(□)としてあります。

※3 内視鏡検査は連携医で行っても良いです(結果の報告はdata記入用紙にてFAXしていただくか基幹病院受診時に情報提供していただきます)。

※4 eCureAでは腹部超音波(US)、あるいはCTを省略しても良い。

胃がん内視鏡治療後地域連携パス
共同診療計画書:





(患者用)

患者名 _____

基幹病院主治医 _____

連携医 _____

(連携医療機関名 _____)

| | | | | | | |
|-------|--|--|---------------------------|--------------------|-----------------|--------|
| | 連携医外来 |  日常診療 | → | | | |
| | | 病院外来 | 病院外来 | 病院外来 | 病院外来 | |
| | | 2年6か月後 (年/ 月) | 3年後 (年/ 月) | 3年6か月後 (年/ 月) | 4年後 (年/ 月) | |
| 教育、指導 | | | | | | |
| 投薬 | <input type="checkbox"/> 薬剤処方 | -----→ | | | | |
| 診察 |  | → | | | | |
| 採血 |  | 一般採血※1 | 3~6ヶ月ごとに連携医で必要に応じて行っていただき | | | |
| 画像検査 | 病院外来 内視鏡※2※3 US・CT※4 |  | (□) | □ □ | (□) | □ □ |
| 目標 | | 術後再発の早期発見 術後異常の早期発見 | | | | |
| 連携、連絡 | | 異常時は基幹病院 地域連携室へ連絡 | → | | | |

※1 腫瘍マーカーを含めた採血検査は担当医と相談の上必要に応じて行って良いです(特にガイドラインに推奨ありません)。

※2 内視鏡検査は年1~2回の経過観察が望ましいので半年毎の欄は(□)としてあります。

※3 内視鏡検査は連携医で行っても良いです(結果の報告はdata記入用紙にてFAXしていただくか基幹病院受診時に情報提供していただきます)。

※4 eCureAでは腹部超音波(US)、あるいはCTを省略しても良い。

胃がん内視鏡治療後地域連携パス
共同診療計画書:

(患者用)














患者名 _____

基幹病院主治医 _____

連携医 _____

(連携医療機関名 _____)

※5

| | | | | | | |
|-------|---|---|--|---|---|--|
| | 連携医外来 |  日常診療 |  | | | |
| | |  病院外来 4年6か月後 (年 / 月) |  病院外来 5年後 (年 / 月) |  病院外来 (年 / 月) |  病院外来 (年 / 月) | |
| 教育、指導 | | | | | | |
| 投薬 | <input type="checkbox"/> 薬剤処方 |  | | | | |
| 診察 |  |  | | | | |
| 採血 |  | 3~6ヶ月ごとに連携医で必要に応じて行っていただきます  | | | | |
| 画像検査 | 病院外来 内視鏡 ※2※3 US・CT ※4  | (<input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (<input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 目標 | 術後再発の早期発見 術後異常の早期発見 | | | | | |
| 連携、連絡 | 異常時は基幹病院 地域連携室へ連絡 |  | | | | |

- ※1 腫瘍マーカーを含めた採血検査は担当医と相談の上必要に応じて行っても良いです(特にガイドラインに推奨ありません)。
- ※2 内視鏡検査は年1~2回の経過観察が望ましいので半年毎の欄は(□)としてあります。
- ※3 内視鏡検査は連携医で行っても良いです(結果の報告はdata記入用紙にてFAXしていただくか基幹病院受診時に情報提供していただきます)。
- ※4 eCureAでは腹部超音波(US)、あるいはCTを省略しても良い。
- ※5 5年を超えても異所性再発のriskはあることから継続的に観察が望ましいです(再発・新病変・疾患での中断まで)。