

大腸がん共同診療計画表 大腸がん(□結腸がん・□直腸がん) 術後サーベイ連携(開始時~30ヶ月)

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

開始時	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月	24ヶ月	27ヶ月	30ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている										
再発の早期発見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている										
自他覚症状と判断基準										
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入										
血圧・体温										
貧血・黄疸	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症 (腹部膨満感・腸閉塞症状・下痢)										
検査と判断基準										
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像診断 (胸部CT・腹部CT)		○		○		○		○		○
大腸内視鏡 (再発兆候確認)				○				○		
直腸指診(直腸がんのみ)		○		○		○		○		○
投薬										
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導										
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導										

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン										
Nsサイン										

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

大腸がん共同診療計画表 大腸がん(□結腸がん・□直腸がん) 術後サーベイ連携(33ヶ月~60ヶ月)

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

33ヶ月	36ヶ月	39ヶ月	42ヶ月	45ヶ月	48ヶ月	51ヶ月	54ヶ月	57ヶ月	60ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている									
再発の早期発見	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている									
自他覚症状と判断基準									
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入									
血圧・体温									
貧血・黄疸	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症 (腹部膨満感・腸閉塞症状・下痢)									
検査と判断基準									
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)		○		○		○		○	
画像診断 (胸部CT・腹部CT)		○		△ (注)		○		△ (注)	
大腸内視鏡 (再発兆候確認)		○				○			○
直腸指診(直腸がんのみ)		○							○
投薬									
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導									
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導									

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン									
Nsサイン									

※(注) △はStage IIIに行う。

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

大腸がん術後内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時()処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()	○	○	○	○	○	○
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

大腸がん術後内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時()処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()	○	○	○	○	○	○
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 () 処方
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 () 処方
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

大腸がん内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時() 処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000() 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

大腸がん内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時() 処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000() 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時()処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()						
検査と判断基準						
血算()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生化学検査()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像診断()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療・処置						
()週投()週休	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副作用説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時()処方
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他()						
検査と判断基準						
血算()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生化学検査()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像診断()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療・処置						
()週投()週休	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
副作用説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	1コース			2コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	3コース			4コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	5コース			6コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____ 専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()	○	○	○	○	○	○
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 () 処方 WBC<2000 () 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()	○	○	○	○	○	○
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。