

胃がん共同診療計画表 胃がん 術後サーベイ連携(早期)(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	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	年月日
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入											
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											
食事を正常に摂取	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
再発の兆候											
後遺症											
検査と判断基準											
血液検査											
腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腹部CT【造影】					○				○		
胃内視鏡					○				○		
その他 ()											
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	<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"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
	<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	<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、私の診療記録へ所見を記入してください。

胃がん共同診療計画表 胃がん 術後サーベイ連携(早期)(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	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
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入										
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										
食事を正常に摂取	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
再発の兆候										
後遺症										
検査と判断基準										
血液検査										
腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腹部CT【造影】		○				○				○
胃内視鏡		○				○				○
その他 ()										
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"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
	<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
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、私の診療記録へ所見を記入してください。

胃がん共同診療計画表 胃がん 術後サーベイ連携(開始時~22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	2ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	8ヶ月	10ヶ月	12ヶ月	14ヶ月	16ヶ月	18ヶ月	20ヶ月	22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	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												
食事を正常に摂取	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
再発の兆候												
後遺症												
検査と判断基準												
血液検査												
腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部CT【造影】							○					
腹部CT【造影】							○					
胃内視鏡							○					
その他 ()												
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	<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	<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、私の診療記録へ所見を記入してください。

胃がん共同診療計画表 胃がん 術後サーベイ連携(24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

	24ヶ月	27ヶ月	30ヶ月	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	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													
食事を正常に摂取	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
再発の兆候													
後遺症													
検査と判断基準													
血液検査													
腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部CT【造影】	○				○				○				○
腹部CT【造影】	○				○				○				○
胃内視鏡	○				○				○				○
その他 ()													
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	<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	<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】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。治療日: 年 月 日

継続指示: 定期的胃内視鏡検査

	開始時	2ヶ月	6ヶ月	12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
QOLが維持できている	○	○	○	○
再発の早期発見				
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
血圧・体温				
食事を正常に摂取	○	○	○	○
再発の兆候				
検査と判断基準				
血液検査 腫瘍マーカー: CEA、(CA19-9)	○	○	○	○
腹部CT【造影】または超音波 ※かかりつけ医で施行できない場合は専門医を紹介				○
胃内視鏡		○	○	○
ヘリコバクターピロリテスト	○	-	-	-
ピロリ菌の除菌	<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未			
その他 ()				
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
患者指導				
服薬指導	○	○	○	○
生活指導				

診察時の異常	<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
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】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる。治療日: 年 月 日

継続指示: 定期的胃内視鏡検査

	24ヶ月	36ヶ月	48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
QOLが維持できている	○	○	○	○
再発の早期発見				
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
血圧・体温				
食事を正常に摂取	○	○	○	○
再発の兆候				
検査と判断基準				
血液検査 腫瘍マーカー: CEA、(CA19-9)	○	○	○	○
腹部CT【造影】または超音波 ※かかりつけ医で施行できない場合は専門医を紹介	○	○	○	○
胃内視鏡	○	○	○	○
ヘリコバクターピロリテスト	-	-	-	-
ピロリ菌の除菌				
その他 ()				
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
患者指導				
服薬指導	○	○	○	○
生活指導				

診察時の異常	<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
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、私の診療記録へ所見を記入してください。

胃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。

胃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。

胃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。

胃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	○	○	○	○	○	○
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: 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 <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 <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。