

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	手術・治療より ()ヶ月	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・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(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・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(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・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(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・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(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・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(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・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(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自己覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後	□HP/□CL ()ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自己覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算()					
生化学検査()					
腫瘍マーカー()					
画像診断()	<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
細胞診検査()	<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
その他の検査()	<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
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
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
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
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。

婦人科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。

婦人科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。

婦人科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。

婦人科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						
自他覚症状と判断基準						
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						
自他覚症状と判断基準						
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。