

検査伝票コピー貼付欄

〈 8コース目 〉

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。
受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。
また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

8コース目

- ※ 1コースは原則お薬を4週間服薬したのち、2週休薬する6週間の治療ですが、あなたの状態により1コースを2週間服薬し、その後1週間休薬する3週間治療へ変更する場合があります。

胃手術後連携パス(1～2年)

○は必須項目

術後		1年3ヶ月	
施設		診療所	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査(腫瘍マーカーを含む)	○	
	画像検査	(腹部エコー・胸部XP)	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
血液・画像 検査	貧血(RBC・Hb)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	炎症所見(WBC・CRP)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腎機能異常(Cr・BUN)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腫瘍マーカー異常(CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
		胸やけ	
	それ以外 の チェック	下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		口内炎	
	その他		



内はあなたにご記入いただきます。気になる自己診断項目の欄に日付・症状を記録し、医師に相談しましょう。

1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
病院	診療所	病院
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー・胸部XP)	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()
kg	kg	kg

おくすりの服用が終了しましたので、ここからは服薬記録の記載は必要ありません。



検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。
受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。
また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

胃手術後連携パス(2～3年)

○は必須項目

術後		2年3ヶ月	
施設		診療所	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査(腫瘍マーカーを含む)	○	
	画像検査	(腹部エコー・胸部XP)	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
血液・画像 検査	貧血(RBC・Hb)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	炎症所見(WBC・CRP)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腎機能異常(Cr・BUN)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腫瘍マーカー異常(CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
	それ以外 の チェック	胸やけ	
		下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
	口内炎		
	その他		



内はあなたにご記入いただきます。気になる自己診断項目の欄に日付・症状を記録し、医師に相談しましょう。

2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
病院	診療所	病院
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー・胸部XP)	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()
kg	kg	kg



検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。
受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。
また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

胃手術後連携パス(3~4年)

○は必須項目

術後		3年3ヶ月	
施設		診療所	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査(腫瘍マーカーを含む)	○	
	画像検査	(腹部エコー・胸部XP)	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
血液・画像 検査	貧血(RBC・Hb)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	炎症所見(WBC・CRP)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腎機能異常(Cr・BUN)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腫瘍マーカー異常(CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
	それ以外 の チェック	胸やけ	
		下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		口内炎	
		その他	



内はあなたにご記入いただきます。気になる自己診断項目の欄に日付・症状を記録し、医師に相談しましょう。

3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年
病院	診療所	病院
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー・胸部XP)	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()
kg	kg	kg



検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。
受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。
また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

胃手術後連携パス(4～5年)

○は必須項目

術後		4年3ヶ月	
施設		診療所	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	
	診察	○	
	血液検査(腫瘍マーカーを含む)	○	
	画像検査	(腹部エコー・胸部XP)	
教育・指導	生活指導	○	
診察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	ダンピング症候群	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	食道逆流症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	貧血症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	狭窄	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	小胃症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
血液・画像 検査	貧血 (RBC・Hb)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	炎症所見 (WBC・CRP)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・Alp・T bil・LDH)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腎機能異常 (Cr・BUN)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
自覚 症状	腹部 の チェック	体重	kg
		腹痛	
		腹部膨満	
	それ以外 の チェック	胸やけ	
		下痢	
		吐き気・嘔吐	
		全身倦怠感	
		口内炎	
		その他	



内はあなたにご記入いただきます。気になる自己診断項目の欄に日付・症状を記録し、医師に相談しましょう。

4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
病院	診療所	病院
/	/	/
○	○	○
○	○	○
CT	(腹部エコー・胸部XP)	胃カメラ・CT
○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()	<input type="checkbox"/> なし <input 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()
kg	kg	kg



検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

検査伝票コピー貼付欄

- ※ 医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。
受診時には検査伝票のコピーを入手し下記貼付欄に貼り付けましょう。
また、受診時には必ず医師へ提示しましょう。

ここに検査伝票コピー
を貼ってください。

医療機関の皆様へ

胃がん術後合併症に対する対処について

症状は患者個人個人で異なるため、治療方法に関しては特に規定や制限は設けておりません。ご使用になる薬品など、日常、先生方が処方されている内容で治療していただくのが最も良いと考えます。以下に通常胃がんの術後に外来で遭遇する機会の多い症状につきまして、一般的に行っている患者への指導内容および対処方法をまとめました。ご参考いただければ幸いです。

ダンピング症状

早期・後期いずれのダンピング症状に対しても、一般的に行われる食事摂取方法を工夫するように指導することで対応しています。

早期ダンピング：食後すぐ（30分ほど）におこる動悸、発汗、めまい、眠気、腹鳴、脱力感、顔面紅潮・蒼白、下痢などの症状が出現します。高濃度の糖質を多く含んだ食事が急激に小腸に流れ込むことが原因とされますので、流動性の高い甘味の強い食事や消化吸収の良い糖質（うどんやパスタなど）を避けるように指導しています。食事中の水分摂取を控えるのも良いとされています。症状が改善しない場合は一回の食事量を減らし、分食回数を増やすことを勧めています。

後期ダンピング：食後2時間ほど経ったところに突然の脱力感、冷汗、倦怠感、めまいなどの症状が出現します。食後の一時的な低血糖が原因とされますので、食後2時間くらいに間食としておやつを食べてもらい、食事の際の糖質を少なめにとってもらうよう指導しています。

緊急対応



●イレウスへの対応

胃がん術後の外来経過観察中に緊急の対応が必要になるのは主にイレウス症状です。イレウスは初期治療が大切になりますので腹痛、嘔気などのイレウス症状が出現した際にはすぐに診察を受けるように指導しています。診察、各種検査でイレウスが確定した場合、基本的には入院の上、治療を開始します。症状が極めて軽微な場合には外来通院も可能な場合がありますが、多くの場合入院をお勧めしています。

●胆石、無胆石のう炎

胃切除後には通常より胆石ができやすくなります。また、術後比較的早期には、無胆石のう炎を起こすこともあります。有症状の胆石は、胆のう摘出術（開腹胃切除後でも腹腔鏡下胆摘が可能な場合もあります）の適応です。胆石発作や胆のう炎が疑われる場合には、エコーで確認して治療を開始していただくか、病院への受診をお勧めください。



医療心理相談

がんの告知後や手術前後の心理的な不安を抱える患者さん・家族に対して心理的援助を行います。医療心理相談を希望される方は医療相談窓口へお申し出ください。

予約センター

予約センターでは、診察予約の変更を承ります。なお、検査予約の変更は予約センターでは受付できませんので直接来院のうえ、主治医にお申し出ください。

電話番号： - - (予約センター直通)

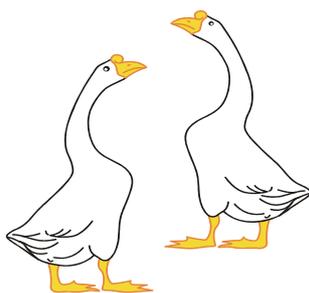
予約外受診

必要があれば、予約外診療も受け付けています。受診の際は、診療受付①までお問い合わせください。

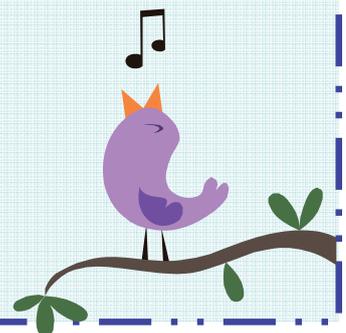
夜間・休日などの対応

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、_____ 病院までご連絡ください。

電話番号： - - (代表)



~ X E ~



胃がん連携パス 共同診療計画書（患者さん用）
（術後補助化学療法あり）

編集 奈良県がん診療連携協議会
奈良県がん対策推進協議会

発行 奈良県医療政策部 保健予防課

奈良県奈良市登大路町30番地
TEL：0742-27-8928
FAX：0742-27-8262

2011年12月発行 初版
2013年3月発行 第2版
2014年3月発行 第3版



あなたのお名前

_____ さん

かかりつけ医

(電話 — —)

_____ 病院

_____ 外科 主治医

_____ (電話： — — [代表])