

連携診療計画書：UFT投与（拠点病院用・連携施設用・患者さん用）

（25から60ヶ月）

手術日

退院日

受診施設		連携施設	拠点病院	連携施設	拠点病院	連携施設	拠点病院	連携施設	拠点病院	連携施設	拠点病院	
退院後期間	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年		
受診日(予定)												
受診日(確定)												
診察・検査	診察											
	血液検査	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC	<input type="checkbox"/> WBC
		<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> Neu
		<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT	<input type="checkbox"/> PLT
		<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil	<input type="checkbox"/> T-Bil
		<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> GOT
		<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> GPT
		<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> CEA
		<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> SCC
		<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> CYFRA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像検査	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腹部US <input type="checkbox"/> PET/CT (予定検査をチェック)	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腹部US <input type="checkbox"/> PET/CT (予定検査をチェック)	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腹部US <input type="checkbox"/> PET/CT (予定検査をチェック)	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腹部US <input type="checkbox"/> PET/CT (予定検査をチェック)
連携病院処方薬												
連携 連絡		薬は連携病院で処方 連携病院で異常が見つければ拠点病院に連絡										
目標	日常生活に支障がない											
	慢性疼痛がない											
	癌の再発がない											
パフォーマンス	日常活動の低下											
	慢性疼痛が持続											
	癌の再発											
症状	創部痛											
	咳											
	痰											
	息切れ											
	食欲低下 その他											
患者さん氏名												