

連携診療計画書：UFT非投与（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	拠点病院	拠点病院	拠点病院	
診察・検査	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	4年	4年6ヶ月	5年	
	受診日(予定)										
	受診日(確定)										
	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"/> 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"/> 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"/> 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	
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"/> 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"/>	<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"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
連携病院処方薬											
連携 連絡	6ヶ月毎拠点病院に受診 薬は連携病院で処方 連携病院で異常がみ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										
バリアンス	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