

胃がん内視鏡治療後地域連携パス  
共同診療計画書:

(医療者用)

患者名 \_\_\_\_\_

基幹病院主治医 \_\_\_\_\_

連携医 \_\_\_\_\_

(連携医療機関名 \_\_\_\_\_)

		基幹病院外来	紹介時 ↓ 退院時 ( 年 ) ( / )	連携医 日常診療 外来			
				病院外来 6ヶ月後 ( 年/ 月 )	病院外来 1年後 ( 年/ 月 )	病院外来 1年6ヶ月後 ( 年/ 月 )	病院外来 2年後 ( 年/ 月 )
教育、指導		<input type="checkbox"/> 治療方針説明 <input type="checkbox"/> 患者用パス説明					
投薬		<input type="checkbox"/> 服薬指導  <input type="checkbox"/> その他薬剤処方					
診察	体温	<input type="checkbox"/>					
	体重 経口摂取量 腹部診察	<input type="checkbox"/>					
採血	一般採血 <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (3~6ヶ月毎)			
画像検査	内視鏡 <sup>※2※3</sup>			( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>
	US <sup>※4</sup> CT <sup>※4</sup>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
目標		術後再発の早期発見 術後異常の早期発見					
連携、連絡		異常時は基幹病院 がん相談 支援センターへ連絡					

※1 腫瘍マーカーを含めた採血検査は必要に応じて行っても良い(特にガイドラインに推奨なし)。

※2 内視鏡検査は年1~2回の経過観察が望ましいので半年毎の欄は(□)としてある。

※3 内視鏡検査は連携医で行っても良い(結果の報告はdata記入用紙にてFAXしていただくか基幹病院受診時に情報提供していただく)。

※4 eCureAでは腹部超音波(US)、あるいはCTを省略しても良い。

胃がん内視鏡治療後地域連携パス  
共同診療計画書:

(医療者用)

患者名 \_\_\_\_\_

基幹病院主治医 \_\_\_\_\_

連携医 (連携医療機関名 \_\_\_\_\_ )

		連携医外来	日常診療			
			病院外来	病院外来	病院外来	病院外来
			2年6か月後 ( 年 / 月 )	3年後 ( 年 / 月 )	3年6か月後 ( 年 / 月 )	4年後 ( 年 / 月 )
教育、指導						
投薬		<input type="checkbox"/> 薬剤処方				
診察	体温	<input type="checkbox"/>				
	体重	<input type="checkbox"/>				
	経口摂取量	<input type="checkbox"/>				
	腹部診察	<input type="checkbox"/>				
採血	一般採血 <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/>				
画像検査	内視鏡 <sup>※2※3</sup>	( <input type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/>	( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>
	US <sup>※4</sup>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	CT <sup>※4</sup>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
目標		術後再発の早期発見 術後異常の早期発見				
連携、連絡		異常時は基幹病院 がん 相談支援センターへ連絡				

※1 腫瘍マーカーを含めた採血検査は必要に応じて行っても良い(特にガイドラインに推奨なし)。  
 ※2 内視鏡検査は年1~2回の経過観察が望ましいので半年毎の欄は(□)としてある。  
 ※3 内視鏡検査は開業医で行っても良い(結果の報告はdata記入用紙にてFAXしていただくか基幹病院受診時に情報提供していただく)。  
 ※4 eCureAでは腹部超音波(US)、あるいはCTを省略しても良い。

胃がん内視鏡治療後地域連携パス(改訂版)  
共同診療計画書:

(医療者用)

患者名 \_\_\_\_\_

基幹病院主治医 \_\_\_\_\_

連携医 \_\_\_\_\_ (連携医療機関名 \_\_\_\_\_) ※5

		連携医外来	日常診療			
			病院外来	病院外来	病院外来	病院外来
			4年6か月後 ( 年 / 月 )	5年後 ( 年 / 月 )	( 年 / 月 )	( 年 / 月 )
教育、指導						
投薬	□薬剤処方					
診察	体温	□				
	体重	□				
	経口摂取量	□				
	腹部診察	□				
採血	一般採血※1	□				
画像検査	内視鏡※2※3	(□)		□	(□)	□
	US※4			□		□
	CT※4			□		□
目標	術後再発の早期発見 術後異常の早期発見					
連携、連絡	異常時は基幹病院 がん 相談支援センターへ連絡					

※1 腫瘍マーカーを含めた採血検査は必要に応じて行っても良い(特にガイドラインに推奨なし)。  
 ※2 内視鏡検査は年1~2回の経過観察が望ましいので半年毎の欄は(□)としてある。  
 ※3 内視鏡検査は開業医で行っても良い(結果の報告はdata記入用紙にてFAXしていただくか基幹病院受診時に情報提供していただく)。  
 ※4 eCureAでは腹部超音波(US)、あるいはCTを省略しても良い。  
 ※5 5年を超えても異所性再発のriskはあることから継続的に観察が望ましい(再発・新病変・疾患での中断まで)。

