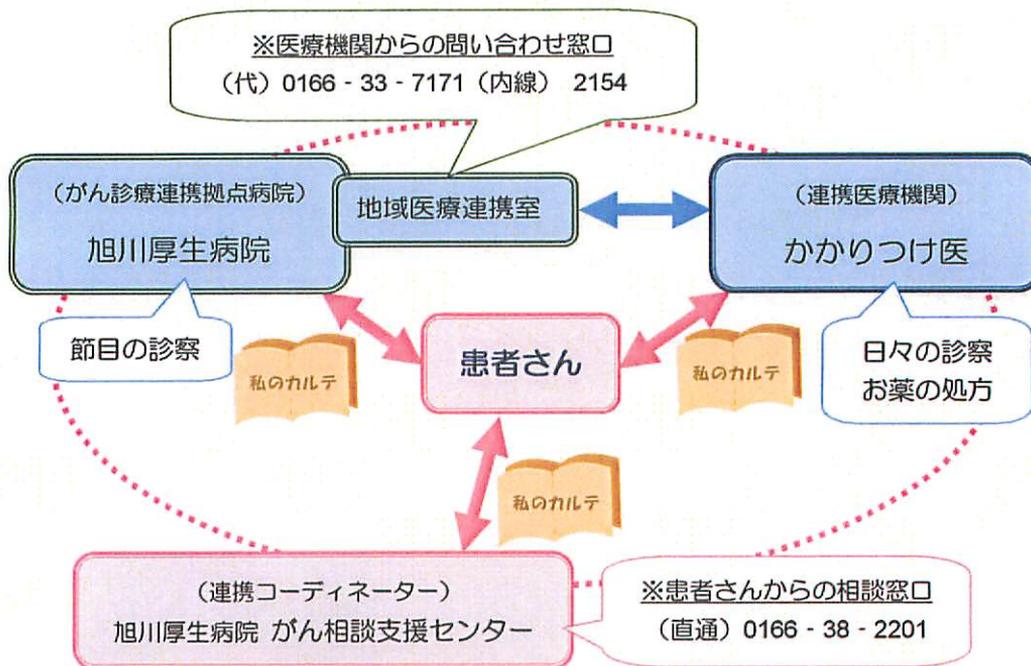


(胃術後検査)

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

私のカルテ

胃 (術後検査)



ID・氏名 (シール貼付)

(私のカルテー共通)

「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、

ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さんご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 患者さま用 共同診療計画表
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

(私のカルテー共通)

【かかりつけ医】

(シール貼付)

担当医師

先生

【がん診療連携拠点病院】

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

〒078-8211 旭川市一条通 24 丁目 111 番地

(代表) 0166 - 33 - 7171 (※夜間休日は、救急外来の対応)

□地域医療連携室：(内線) 2154

□がん相談支援センター：(直通) 0166 - 38 - 2201

担当医師

科

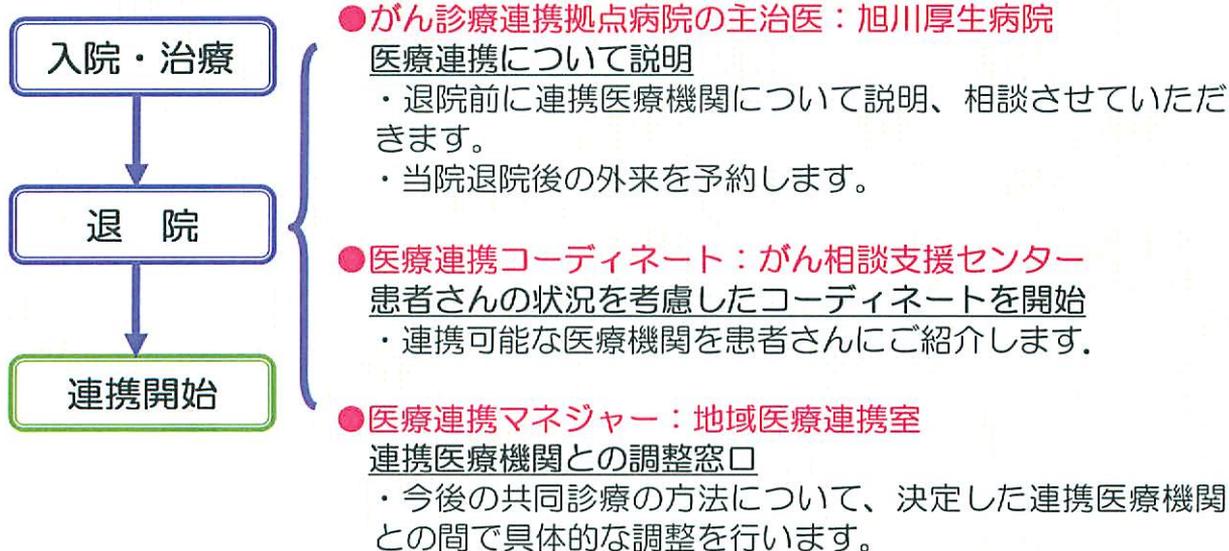
「地域連携クリティカルパスについて」

北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」(通称；連携パス)は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。
- 「連携パス」に基づいて主治医が複数になり、協力して診療を行います。

地域医療連携フローチャート



医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

| 質問したいこと | 医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス |
|---------|----------------------|
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

| 質問したいこと | 医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス |
|---------|----------------------|
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| | |

胃癌術後診療検査スケジュール

さま

| がん診療連携拠点病院 | 退院時 | 1ヶ月後 | 6ヶ月後 | 1年後 | 1年 6ヶ月後 | 2年後 | 2年 6ヶ月後 | 3年後 | 3年 6ヶ月後 | 4年後 | 4年 6ヶ月後 | 5年後 |
|------------|---|---|------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | 年 月 日 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
| | 血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー  | 血液検査 腫瘍マーカー  | 腹部CT | 腹部CT 内視鏡 | 腹部CT | 腹部CT 内視鏡 | 腹部CT* | 腹部CT 内視鏡 | 腹部CT* | 腹部CT 内視鏡 | 腹部CT* | 腹部CT 内視鏡 |

* 必要であれば施行

| かかりつけ医 | 手術後2ヶ月後～1年間 | 手術後1年後～5年間 |
|--------|--|---|
| | 1ヶ月毎に受診 | 3ヶ月毎に受診 |
| | 血液検査 (3ヶ月毎に腫瘍マーカー)  | 血液検査 腫瘍マーカー  |

胃癌術後フォローパス がん診療拠点病院用 経過報告書

◆患者 様 男・女 歳 ◆手術日: 年 月 日

◆注意: パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標: ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

| | | 旭川厚生病院 | | | | |
|----------------------|---------|--|---------------|--|---------------|-----|
| | | 退院時 | | 1ヶ月後 | | |
| | | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 |
| 看護師 | バイタル | 体温 | ℃ | | ℃ | |
| | | 血圧 | / | | / | |
| | | HR | 回/分 不整脈 あり・なし | | 回/分 不整脈 あり・なし | |
| | | 体重 | kg | | kg | |
| | | 特記事項 | | | | |
| 医師 | PS | 0・1・2・3・4 | | 0・1・2・3・4 | | |
| | 検査 | <input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> GOT&GPT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> GOT&GPT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー | | |
| | バリエーション | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 手指のふるえ <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 () | | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 手指のふるえ <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 () | | |
| | 説明 | <input type="checkbox"/> 手術の合併症の説明 | | | | |
| | 処置 | <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー | | <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー | | |
| | | | 特記事項 | | | |
| | サイン | | Dr: | NS: | Dr: | NS: |
| ◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 | | | | ◎次回申し送り、注意事項記入欄 | | |
| 変動:理由 | | | | | | |

胃癌術後フォローパス がん診療拠点病院用 経過報告書

◆患者 様 男・女 歳 ◆手術日: 年 月 日

◆注意: パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標: ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

| | | 旭川厚生病院 | | | |
|----------------------|--|---|---|----|---------------|
| | | 6ヶ月後 | 1年後 | | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| 看護師 | バイタル | 体温 | ℃ | 体温 | ℃ |
| | | 血圧 | / | 血圧 | / |
| | | HR | 回/分 不整脈 あり・なし | HR | 回/分 不整脈 あり・なし |
| | | 体重 | kg | 体重 | kg |
| | 特記事項 | | | | |
| 医師 | PS | 0・1・2・3・4 | 0・1・2・3・4 | | |
| | 検査 | <input type="checkbox"/> 腹部CT | <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡 | | |
| | バリエーション | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 () | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 () | | |
| | 処置 | <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー | <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー | | |
| | 特記事項 | | | | |
| サイン | Dr: NS: | Dr: NS: | | | |
| ◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 | | ◎次回申し送り、注意事項記入欄 | | | |
| 変動:理由 | | | | | |

胃癌術後フォローパス がん診療拠点病院用 経過報告書

◆患者 様 男・女 歳 ◆手術日: 年 月 日

◆注意: パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標: ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

| | | 旭川厚生病院 | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------|--|--|-----------------|---|--|---|--|--|--|--|--|--|
| | | 1年6ヶ月後 | | | 2年後 | | | | | | | | |
| | | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 看護師 | バイタル | 体温 | ℃ | | | ℃ | | | | | | | |
| | | 血圧 | / | | | / | | | | | | | |
| | | HR | 回/分 不整脈 あり・なし | | | 回/分 不整脈 あり・なし | | | | | | | |
| | | 体重 | kg | | | kg | | | | | | | |
| | | 特記事項 | | | | | | | | | | | |
| 医師 | PS | 0・1・2・3・4 | | | 0・1・2・3・4 | | | | | | | | |
| | 検査 | <input type="checkbox"/> 腹部CT | | | <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡 | | | | | | | | |
| | バリエーション | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 () | | | | | | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 () | | | | | |
| | | 処置 | <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー | | | <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー | | | | | | | |
| | | 特記事項 | | | | | | | | | | | |
| サイン | | Dr: NS: | | | Dr: NS: | | | | | | | | |
| ◎バリエーション集計欄 逸脱: 理由 変動: 理由 | | | | ◎次回申し送り、注意事項記入欄 | | | | | | | | | |

胃癌術後フォローパス がん診療拠点病院用 経過報告書

◆患者 様 男・女 歳 ◆手術日: 年 月 日

◆注意: パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標: ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

| | | 旭川厚生病院 | | | | | | | |
|------|---------|---|---------------|---|---|---------------|-----|--|--|
| | | 2年6ヶ月後 | | | 3年後 | | | | |
| | | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | |
| 看護師 | バイタル | 体温 | ℃ | | | ℃ | | | |
| | | 血圧 | / | | | / | | | |
| | | HR | 回/分 不整脈 あり・なし | | | 回/分 不整脈 あり・なし | | | |
| | | 体重 | kg | | | kg | | | |
| | | 特記事項 | | | | | | | |
| 医師 | PS | 0・1・2・3・4 | | | 0・1・2・3・4 | | | | |
| | 検査 | <input type="checkbox"/> 腹部CT(必要時) | | | <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡 | | | | |
| | バリエーション | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (<input type="checkbox"/> 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (<input type="checkbox"/> 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (<input type="checkbox"/> 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 (<input type="checkbox"/>) | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー | | | | | | | |
| | | 処置 | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | |
| サイン | | Dr: | NS: | | | Dr: | NS: | | |
| | | ◎バリエーション集計欄 逸脱:理由 変動:理由 | | | ◎次回申し送り、注意事項記入欄 | | | | |

胃癌術後フォローパス かかりつけ医用 経過報告書

◆患者 様 男・女 歳 ◆手術日: 年 月

◆注意: パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標: ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

| | | かかりつけ医 | | |
|-----------------------|---------|--|--|---------------|
| | | 2ヶ月後 | 3ヶ月後 | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 看護師 | バイタル | 体温 | ℃ | ℃ |
| | | 血圧 | / | / |
| | | HR | 回/分 不整脈 あり・なし | 回/分 不整脈 あり・なし |
| | | 体重 | kg | kg |
| 特記事項 | | | | |
| 医師 | PS | 0・1・2・3・4 | 0・1・2・3・4 | |
| | 検査 | <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー | |
| | バリエーション | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 (| <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 (| |
| | 特記事項 | | | |
| サイン | | Dr: NS: | Dr: NS: | |
| ◎バリエーション集計欄 逸脱: 理由 | | ◎次回申し送り、注意事項記入欄 | | |
| 変動: 理由 | | | | |

胃癌術後フォローパス かかりつけ医用 経過報告書

◆患者 様 男・女 歳 ◆手術日: 年 月

◆注意: パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

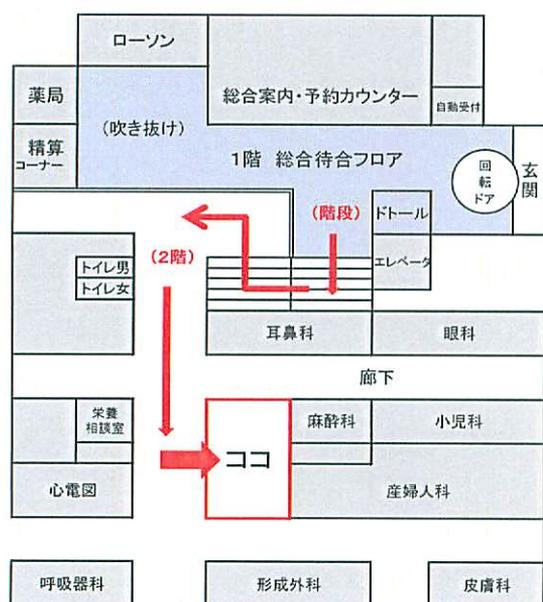
目標: ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

| | | かかりつけ医 | | |
|-----|---------|--|--|---------------|
| | | 4ヶ月後 | 5ヶ月後 | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 看護師 | バイタル | 体温 | °C | °C |
| | | 血圧 | / | / |
| | | HR | 回/分 不整脈 あり・なし | 回/分 不整脈 あり・なし |
| | | 体重 | kg | kg |
| | 特記事項 | | | |
| 医師 | PS | 0・1・2・3・4 | 0・1・2・3・4 | |
| | 検査 | <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 採血 | |
| | バリエーション | <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 (| <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 (回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 (| |
| | 特記事項 | | | |
| サイン | | Dr: NS: | Dr: NS: | |
| | | ◎バリエーション集計欄 逸脱: 理由 変動: 理由 | ◎次回申し送り、注意事項記入欄 | |

(私のカルテ一部署の案内)

あらゆる相談の窓口です
総合相談センター・がん相談支援センター

病気や怪我に関する不安や悩み、治療、検査、医療費、介護保険や身体障害者手帳、傷病手当などの社会福祉制度、家庭介護・看護、退院後の療養に関する事、転院や施設入所に関する事、訪問診療・訪問看護等の在宅医療に関する事、セカンドオピニオン、緩和ケア、患者会、患者・家族サロンに関する事など、さまざまなお相談に対応いたします。(相談は無料です)



どうぞお気軽に
ご相談ください。



【場所】 旭川厚生病院2階

【対応時間】 平日 8:30~17:00

【がん相談直通電話】 0166-38-2201

【相談員】 がん相談員、保健師、看護師

医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)

連携医療機関からの問い合わせ窓口

地域医療連携室

がん診療連携クリティカルパス運用に関する事、患者さんの受診や予約に関する事、医師等への連絡調整などは、地域医療連携室が対応いたします。 ☎ (代表) 0166-33-7171 (内線) 2154

平日 8:30~17:00 (夜間休日は、救急外来対応となります。)