

TS-1胃癌術後補助化学療法 ＜4週投与2週休薬＞

共同診療計画書
兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医

◆既往歴

◆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。

		がん診療連携拠点病院			
		投与開始前	投薬14日目	投薬28日目	
		月 日	月 日	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	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	身長 cm kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 腹部CT	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 本療法の説明 <input type="checkbox"/> 副作用の説明 <input type="checkbox"/> 手術の合併症の説明	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 副作用説明 <input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> 本療法の理解 <input type="checkbox"/> 副作用の種類と対処法の理解 <input type="checkbox"/> 手術の合併症と対処法の理解 <input type="checkbox"/> 定期的な検査と内服の必要性の理解	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項				
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置: 休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置: 休薬・その他 再開予定日: / (mg/	
	サイン	Dr: NS:	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					

TS-1胃癌術後補助化学療法
 <4週投与2週休薬>

共同診療計画書
 兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医

◆既往歴

◆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。

		がん診療連携拠点病院			
		第2クール投与開始日	投薬14日目	投薬28日目	
		月 日	月 日	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	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN × 2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN × 2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN × 2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN × 2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN × 2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN × 2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 療法続行の患者意志の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項				
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	
	サイン	Dr: NS:	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					

TS-1胃癌術後補助化学療法
 <4週投与2週休薬>

共同診療計画書
 兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医

◆既往歴

◆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。

		がん診療連携拠点病院 第3クール投与開始日		投薬14日目		投薬28日目	
		月	日	月	日	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	
医師	PS	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()		0・1・2 部位()		0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>15000 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 腹部CT		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 連携システムの説明 <input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 副作用説明 <input type="checkbox"/> 併用薬の確認(相互作用等)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> 連携システムの理解 <input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	
	サイン	Dr: NS:		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			

TS-1胃癌術後補助化学療法
 <4週投与2週休薬>

共同診療計画書
 兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医

◆既往歴

◆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。

		かかりつけ医			
		第4クール投与開始日	投薬14日目	投薬28日目	
		月 日	月 日	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	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()		
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項				
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	
	サイン	Dr: NS:	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					

TS-1胃癌術後補助化学療法
 <4週投与2週休薬>

共同診療計画書
 兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医

◆既往歴

◆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。

		がん診療連携拠点病院 第5クール投与開始日		かかりつけ医	
		月 日		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	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()		0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 腹部CT		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項				
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	
	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					

TS-1胃癌術後補助化学療法
 <4週投与2週休薬>

共同診療計画書
 兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医

◆既往歴

◆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。

		かかりつけ医			
		第6クール投与開始日	投薬14日目	投薬28日目	
		月 日	月 日	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	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()		
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項				
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	
	サイン	Dr: NS:	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					

TS-1胃癌術後補助化学療法
 <4週投与2週休薬>

共同診療計画書
 兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆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。

		がん診療連携拠点病院		かかりつけ医			
		第7クール投与開始日		投薬14日目		投薬28日目	
		月 日		月 日		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	回/分 不整脈 あり・なし		
		体重	kg	kg	kg		
医師	PS	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)		0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4		0・1・2・3・4		0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()		0・1・2 部位()		0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 腹部CT		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL		<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 2週間休薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	
	処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー <input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー		<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()	
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる		<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/		<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	
	サイン	Dr: NS:		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							

TS-1胃癌術後補助化学療法 ＜4週投与2週休薬＞

共同診療計画書
兼、医療者チェックシート

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医

◆既往歴

◆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。

		かかりつけ医			
		第8クール投与開始日	投薬14日目	投薬28日目	
		月 日	月 日	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	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	悪心・嘔吐	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	下痢	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	0・1・2・3・4 (回/日, 性状)	
	口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	倦怠感	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	色素沈着	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	0・1・2 部位()	
	検査	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	<input type="checkbox"/> WBC>3000 /mm ³ <input type="checkbox"/> 好中球>1500 /mm ³ <input type="checkbox"/> Hb>9.0 g/dL <input type="checkbox"/> PLT>10万 /mm ³ <input type="checkbox"/> T-Bil <ULN×2 mg/dL <input type="checkbox"/> GOT&GPT<ULN×2 IU/L <input type="checkbox"/> Cr<ULN mg/dL	
説明・確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況の確認 (0・1・2)		
処置	<input type="checkbox"/> 投与量決定(mg/日) <input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) () <input type="checkbox"/> 2週間分オーダー	<input type="checkbox"/> 追加薬剤投与(副作用などに) ()		
薬剤師	薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)	<input type="checkbox"/> 服薬指導(必要時)		
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない <input type="checkbox"/> 副作用に速やかに対処し、予定どおりに治療ができる <input type="checkbox"/> 服薬の完遂	
	特記事項				
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:休薬・その他 再開予定日: / (mg/	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	
	サイン	Dr: NS:	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					

TS-1胃癌術後補助化学療法（服薬終了後） 術後2～5年目

がん診療連携拠点病院用②

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆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。

		がん診療連携拠点病院					
		3年後	3年6ヶ月後	4年後	4年6ヶ月後	5年後	
		月 日	月 日	月 日	月 日	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	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 腹部CT	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 腹部CT	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	
	処置	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	

TS-1胃癌術後補助化学療法（服薬終了後） 術後2～5年目

かかりつけ医用 No.

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆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。

		かかりつけ医					
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
		ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後	ヶ月後	
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	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	
	処置						
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	

TS-1胃癌術後補助化学療法＜4週投薬2週休薬＞ 3年後～5年後

*****病院用②

◆患者 _____ 様 〇 〇 歳 ◆手術日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆主治医 _____ ◆既往歴 _____

◆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。

		*****病院					
		3年後	3年6ヶ月後	4年後	4年6ヶ月後	5年後	
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
看護師	バイタル	体温	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C	_____ °C
		血圧	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
		HR	_____ 回/分 不整脈 あり・なし	_____ 回/分 不整脈 あり・なし	_____ 回/分 不整脈 あり・なし	_____ 回/分 不整脈 あり・なし	_____ 回/分 不整脈 あり・なし
		体重	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 腹部CT	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 腹部CT	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見の確認	
	処置	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	<input type="checkbox"/> 次回検査予約 オーダー	
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見がない	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	

TS-1胃癌術後補助化学療法＜4週投薬2週休薬＞ 1年後～

連携先医療機関 No.

◆患者 様 〇 〇 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆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。

		かかりつけ医					
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
		月 日	月 日	月 日	月 日	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	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg	kg	kg	kg
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (3ヶ月に1回)	
	説明・確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 の確認 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見の確認	
	処置						
共通	目標	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	<input type="checkbox"/> ダンピング症状 がない <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる 所見がない	
	特記事項						
	バリエーション	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	<input type="checkbox"/> あり・なし 内容: 処置:	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	Dr: NS:	