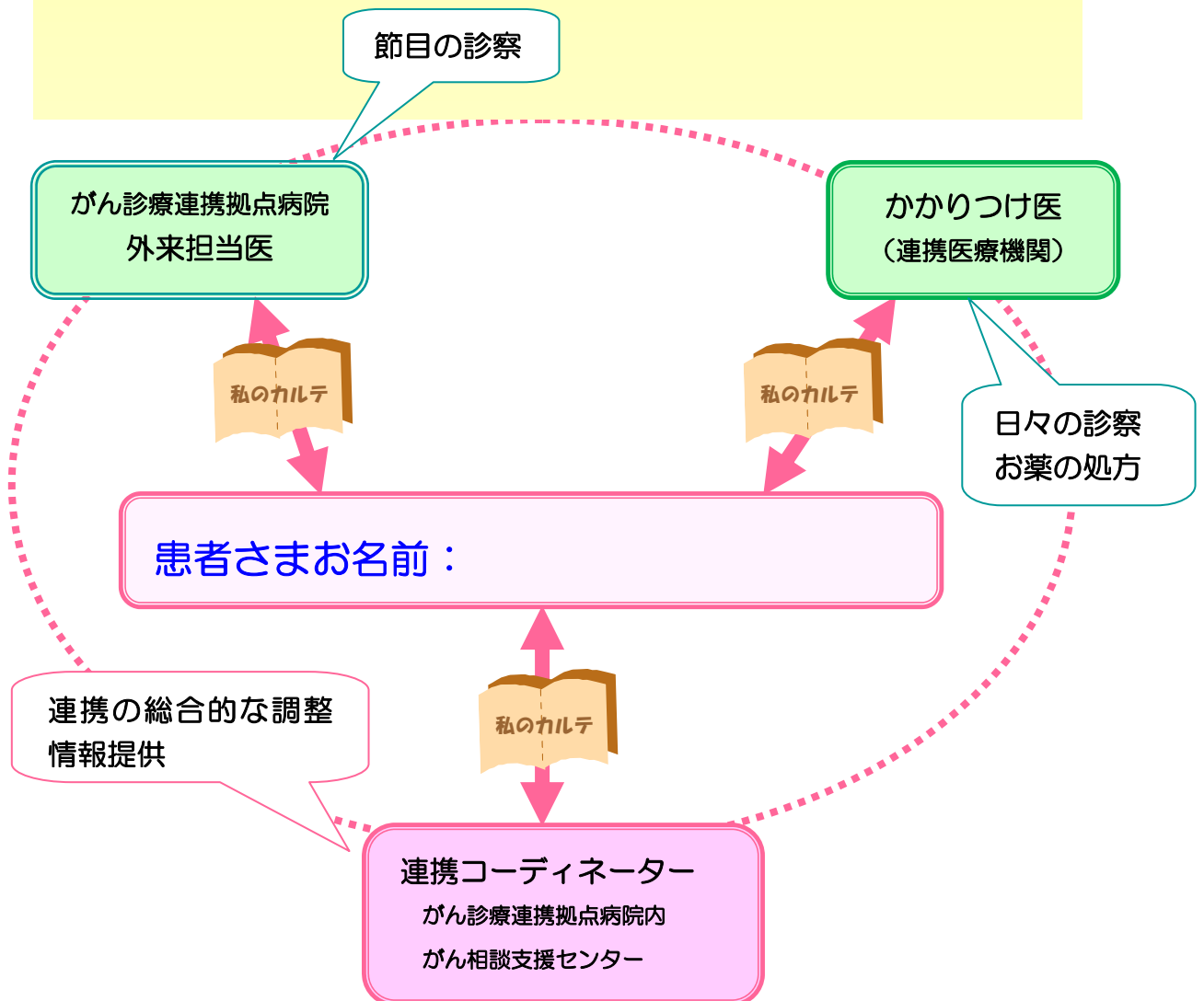


# 私のカルテ

SPR ver. 1.1 (2011)



## 「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、患者さま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. 診療スケジュール表、共同診療計画表など
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。

**【連携先医療機関（かかりつけ医）】**

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

**【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】**

病院名：

診療科と担当医師：

住 所：

電話番号：（病院代表）

：（夜間休日）

：（がん相談支援センター）

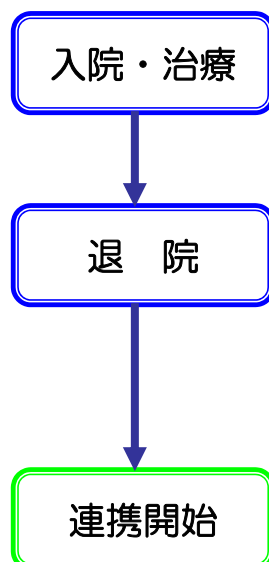
## 「地域連携クリティカルパスについて」

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



入院中に今後の医療連携についてご相談します

#### ●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

#### ●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

# わたしの診療情報 (担当医師が記入します)

生年月日 大正・昭和 年 月 日

身体情報 身長 cm、体重 kg、対表面積  $m^2$   
(連携パス開始時)

## 【手術情報】

手術日 : 平成 年 月 日

手術時年齢 : 歳

手術内容 :  胃全摘術  
:  幽門側胃切除術  
:

再建方法 :

特記事項 :

## 【病理所見】

組織型 :

進達度 : m / sm / mp / ss / se / si

リンパ節転移 : 個

病理病期 : IA / IB / IIA / IIB / IIIA / IIIB / IIIC

特記事項

【その他の診療情報】 (既往歴・併存疾患治療情報など)










# 胃癌術後 診療スケジュール表

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 

がん診療連携拠点病院: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

主治医: \_\_\_\_\_

かかりつけ医名: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

主治医: \_\_\_\_\_

がん診療連携拠点病院用

◆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。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		退院時	1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"/> 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: _____
◎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			

がん診療連携拠点病院用

◆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。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		6ヶ月後	1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 <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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄

がん診療連携拠点病院用

◆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。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院		
		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		◎次回申し送り、注意事項記入欄		
変動:理由				

がん診療連携拠点病院用

◆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。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		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 ( 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

がん診療連携拠点病院用

◆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。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		3年6ヶ月後	4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 ( 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	

がん診療連携拠点病院用

◆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。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		4年6ヶ月後	5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 ( 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	

◆がん拠点病院 主治医:

◆連携かかりつけ医名:

主治医:

### ★書き方約束★

#### Performance Status(PS)

- 0: 無症状で社会活動が出来、制限を受ける事なく発病前と同等にふるまえる。  
1: 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業は出来る。  
例えば軽い家事、事務など。  
2: 歩行や身の回りの事は出来るが、時に少し介助がいる事もある。  
軽労働は出来ないが、日中の50%以上は起居している。  
3: 身の回りのある程度の事は出来るが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。  
4: 身の回りの事も出来ず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。  
(PSを評価した上で変化がある時は指示を受ける。)

### ★胃癌術後診療検査スケジュール★

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	2ヶ月後～1年間	1年後～
	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

### ★ダンピング症状★

- 腹痛
- 下痢
- 悪心
- 嘔吐
- 動悸
- めまい
- 冷汗
- 顔面紅潮
- 全身倦怠感
- 頭痛
- 手指のふるえ



かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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	℃	℃
		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		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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		
		6ヶ月後	7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"/> 腫瘍マーカー	<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		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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		
		8ヶ月後	9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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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		
		10ヶ月後	11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	
	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		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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		
		1年後	1年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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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		
		1年6ヶ月後	1年9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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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年後	2年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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		



かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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年6ヶ月後	2年9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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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		
		3年後	3年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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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		
		3年6ヶ月後	3年9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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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年後	4年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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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年6ヶ月後	4年9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"/> 腫瘍マーカー	<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  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆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。

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	
		5年後	
		年	月 日
看護師	バイタル	体温	℃
		血圧	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg
特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	
	検査	<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 ( )	
	特記事項		
サイン		Dr:	NS:
◎バリエーション集計欄			
逸脱:理由			
変動:理由			