

千葉県共用がん地域医療連携パス 診療計画表  
(胃がん ステージⅠ)

患者様氏名	様	生年月日 性別	M T S H 年 月 日
	ID		( 歳) 男・女

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

入院中 (入院日 年 月 日)		
計画策定病院	入院中の治療	<input type="checkbox"/> 手術
		<input type="checkbox"/> その他療法
	退院後の目標	

退院後 (退院日 年 月 日)		経過	2~4週間	6ヶ月	1年	1年6ヶ月	2年	2年6ヶ月	3年	4年	5年
	受診		●	○●	○●	○	○●	○	○●	○●	○●
計測	体重・血圧		●	○	○	○	○	○	○	○	○
臨床 症状	全身症状・食欲 便通の変化等		●	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	腫瘍マーカー			○	○	○	○	○	○	○	○
	CBC			○	○	○	○	○	○	○	○
	肝機能			○	○	○	○	○	○	○	○
	腎機能			○	○	○	○	○	○	○	○
	上部内視鏡				○				○		○
	CT and/or 腹部超音波			●	●	●	●	●	●	●	●

●は、計画策定病院へ受診して検査します。

○は、連携医療機関へ受診して検査します。

私は、胃がんの診療計画について説明を受けました。  
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意致します。

年 月 日 お名前 \_\_\_\_\_ (本人・家族)