

<地域ネットワーク部会：今年度事業計画解説および進捗状況>

1. 乳がん地域連携クリティカルパスの作成

- 1-1 乳がんの院内クリティカルパスの作成ないしは改訂を行い、確実に運用開始する。
- 1-2 乳がん地域連携クリティカルパス作成のワーキンググループを設置する。
- 1-3 乳がん地域連携クリティカルパス（案）を作成する。

➤ 平成20年9月にワーキンググループを設置し、乳がん地域連携パスの作成を開始した。平成21年8月31日に乳癌地域連携クリティカルパス（案）が完成した。（資料1）

2. 胃がん地域連携クリティカルパスの作成

- 1-1 胃がんの院内クリティカルパスの作成ないしは改訂を行い、確実に運用開始する。
- 1-2 胃がん地域連携クリティカルパス作成のワーキンググループを設置する。
- 1-3 胃がん地域連携クリティカルパス（案）を作成する。

➤ 平成20年9月にワーキンググループを設置し、胃がん地域連携パスの作成を開始した。平成21年8月31日に胃癌地域連携クリティカルパス（案）が完成した。（資料2）

3. 肺がん地域連携クリティカルパスの作成

- 1-1 肺がんの院内クリティカルパスの作成ないしは改訂を行い、確実に運用開始する。
- 1-2 肺がん地域連携クリティカルパス作成のワーキンググループを設置する。
- 1-3 肺がん地域連携クリティカルパス（案）を作成する。

➤ 平成20年9月にワーキンググループを設置し、肺がん地域連携パスの作成を開始した。平成21年8月31日に肺癌地域連携クリティカルパス（案）が完成した。（資料3）

4. 肝がん地域連携クリティカルパスの作成

- 1-1 肝がんの院内クリティカルパスの作成ないしは改訂を行い、確実に運用開始する。
- 1-2 肝がん地域連携クリティカルパス作成のワーキンググループを設置する。
- 1-3 肝がん地域連携クリティカルパス（案）を作成する。

➤ 平成20年9月にワーキンググループを設置し、肝がん地域連携パスの作成を開始した。平成21年8月31日に肝癌地域連携クリティカルパス（案）が完成した。（資料4）

5. 大腸がん地域連携クリティカルパスの作成

- 1-1 大腸がんの院内クリティカルパスの作成ないしは改訂を行い、確実に運用開始する。
- 1-2 大腸がん地域連携クリティカルパス作成のワーキンググループを設置する。
- 1-3 大腸がん地域連携クリティカルパス（案）を作成する。

➤ 平成20年9月にワーキンググループを設置し、大腸がん地域連携パスの作成を開始した。平成21年8月31日に大腸癌地域連携クリティカルパス（案）が完成した。（資料5）

6. がん診療の地域連携に関するバックグラウンドを把握する。

- ① 沖縄県下の医療機関を対象に、がんにおける病診連携に関するアンケートを行い、がん診療の連携体制を構築する。

沖縄県下の医療機関を対象に、がんにおける病診連携に関するアンケートを作成し、診療所620施設、病院55施設に発送した。現在、回収したアンケートを集計中。アンケート結果を元に、がん診療の連携体制を構築する予定。

- ② 沖縄県の病院機能調査の結果をもとに、病院別、臓器別の症例数を調査する。

病院においては、すでに調査を行ったが、診療所でがんの手術を行っている施設の病院別、臓器別の症例数を調査する。

- 沖縄県の医療機能調査の結果をもとに、5大がんの標準的ながん診療を行っている診療所を調査した。また、沖縄県医療機能調査では把握出来なかった、詳細な放射線治療実施状況や化学療法実施状況を把握するため、沖縄県の病院向けにFAXアンケート調査を実施した。このアンケートにより沖縄県内のがんに関する診療状況を把握した。

7. 学会および厚生労働省の研究班に積極的に参加し、情報収集を行うとともに、地域連携クリティカルパスについて学会等で報告する。

- 平成21年6月12日の日本医療マネジメント学会学術総会で報告した。

8. 宮古医療圏、八重山医療圏及び北部医療圏のがん医療の再考

- 協議未実施

9. 在宅がん医療の普及

- 協議未実施

10. 病理診断ネットワークの構築（離島、本島、拠点病院間）

- 協議未実施

5大がん地域連携クリティカルパス作成ワーキンググループ活動状況

【5大がん地域連携パス全体会議】							
	開催日	時間	名称	開催場所	人数	種類	内容
1	5月13日	2時間	地域連携パス作成全体会議	琉大病院	18名	会議	パス作成全体会議
2	9月9日	2時間	地域連携パス作成全体会議	琉大病院	22名	会議	パス作成全体会議
3	11月4日		地域連携パス作成全体会議	琉大病院		会議	パス作成全体会議
【乳がんWG】							
	開催日	時間	名称	開催場所	人数	種類	内容
1	5月26日	2時間	第1回乳がん連携パスWG	琉大病院	5名	会議	乳がん地域連携パス作成
2	6月9日	2時間	第2回乳がん連携パスWG	琉大病院	4名	会議	乳がん地域連携パス作成
3	6月22日	2時間	第3回乳がん連携パスWG	琉大病院	4名	会議	乳がん地域連携パス作成
4	7月6日	2時間	第4回乳がん連携パスWG	琉大病院	4名	会議	乳がん地域連携パス作成
5	7月21日	2時間	第5回乳がん連携パスWG	琉大病院	3名	会議	乳がん地域連携パス作成
6	8月3日	2時間	第6回乳がん連携パスWG	琉大病院	3名	会議	乳がん地域連携パス作成
【胃がんWG】							
	開催日	時間	名称	開催場所	人数	種類	内容
7	6月10日	2時間	第1回胃がん連携パスWG	琉大病院	3名	会議	胃がん地域連携パス作成
8	6月30日	2時間	第2回胃がん連携パスWG	琉大病院	3名	会議	胃がん地域連携パス作成
9	7月7日	2時間	第3回胃がん連携パスWG	琉大病院	3名	会議	胃がん地域連携パス作成
10	7月27日	2時間	第4回胃がん連携パスWG	琉大病院	2名	会議	胃がん地域連携パス作成
11	8月12日	2時間	第5回胃がん連携パスWG	琉大病院	2名	会議	胃がん地域連携パス作成
【肺がんWG】							
	開催日	時間	名称	開催場所	人数	種類	内容
12	7月9日	2時間	第1回肺がん連携パスWG	琉大病院	5名	会議	肺がん地域連携パス作成
13	8月10日	2時間	第1回肺がん連携パスWG	琉大病院	4名	会議	肺がん地域連携パス作成
【肝がんWG】							
	開催日	時間	名称	開催場所	人数	種類	内容
14	7月8日	2時間	第1回肝がん連携パスWG	琉大病院	4名	会議	肝がん地域連携パス作成
15	8月5日	2時間	第2回肝がん連携パスWG	琉大病院	4名	会議	肝がん地域連携パス作成
【大腸がんWG】							
	開催日	時間	名称	開催場所	人数	種類	内容
16	8月14日	1時間	第1回大腸がん連携パスWG	琉大病院	2名	会議	大腸がん地位連携パス作成

沖縄県がん診療連携協議会地域ネットワーク部会
地域連携クリティカルパスワーキンググループ構成員名簿

区 分	氏 名	所 属
胃癌	西垣 大志	北部地区医師会病院
	村上 隆啓	沖縄県立中部病院
	比嘉 宇郎	那覇市立病院
	下地 英明 (グループ長)	琉球大学医学部附属病院
	稲嶺 進	中頭病院
	島袋 誠守	豊見城中央病院
肝癌		北部地区医師会病院
		沖縄県立中部病院
	友利 寛之	那覇市立病院
	白石 祐之 (グループ長)	琉球大学医学部附属病院
	大田 守仁	豊見城中央病院
	伊佐 勉	浦添総合病院
	佐久川 廣	ハートライフ病院
肺癌		北部地区医師会病院
	嵩下 英次郎	沖縄県立中部病院
	上原 忠司	那覇市立病院
	照屋 孝夫 (グループ長)	琉球大学医学部附属病院
	川畑 勉	国立病院機構沖縄病院
	大田 守雄	中頭病院
大腸癌	照屋 淳	北部地区医師会病院
	菊池 馨	沖縄県立中部病院
	宮里 浩	那覇市立病院
	佐村 博範 (グループ長)	琉球大学医学部附属病院
	照屋 剛	豊見城中央病院
	當山 鉄男	中頭病院
乳癌		北部地区医師会病院
	上田 真	沖縄県立中部病院
	久高 学	那覇市立病院
	宮国 孝男 (グループ長)	琉球大学医学部附属病院
	蔵下 要	浦添総合病院
	長嶺 信治	那覇西クリニック

患者基本情報(乳癌)

資料 1

連携先施設

ご施設： _____

ご芳名： _____ 先生侍史

紹介元病院

所在地

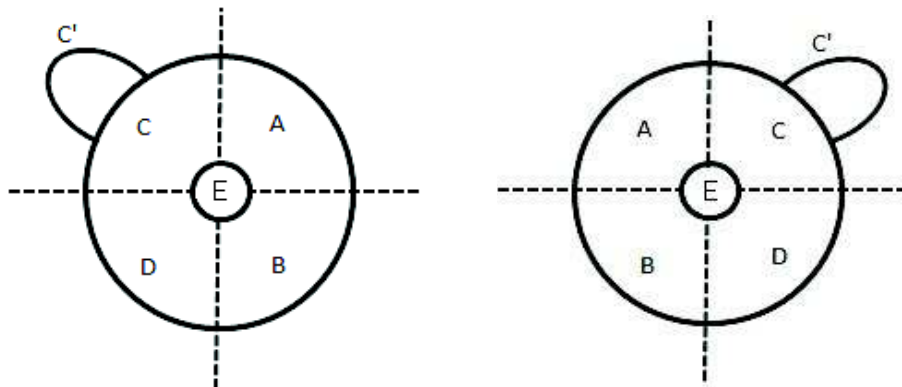
施設名：

医師名：

TEL：

FAX：

患者氏名	様 (ID: _____) 生年月日		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ()	
住所				
電話番号	() - () - ()			
経過	手術日	年 月 日	退院日	年 月 日
	月経状況	<input type="checkbox"/> 閉経前 <input type="checkbox"/> 閉経後		
	原発部位	下図に記入		
	病期分類	T() N() M() <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV		
	術式	<input type="checkbox"/> 乳房切除 <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> その他() 同時乳房再建 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	腋窩リンパ節	センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 SLN(/) 腋窩リンパ節郭清実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 腋窩リンパ節転移(/)		
	組織学的分類	<input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌() <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> その他()		
	病理組織学的所見	(×)cm (断端: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (脈管浸潤: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)		
	核異型度	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3		
	ホルモン受容体	ER <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 非実施 PgR <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 非実施		
	HER2発見状況	IHC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 非実施 FISH <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		
	化学療法	<input type="checkbox"/> 術前 ⇒ レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 術後 ⇒ レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 非実施		
術後放射線療法	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 ⇒ Gy/ 期間: 年 月 ~ 年 月 部位: <input type="checkbox"/> 残存乳房 <input type="checkbox"/> 胸骨傍 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> その他()			
薬剤処方 (スケジュール)	<input type="checkbox"/> リュープリン3.75(1M)(年 月から) <input type="checkbox"/> リュープリンSR11.25(3M)(年 月から)			
	<input type="checkbox"/> ゾラデックス3.6(1M)(年 月から) <input type="checkbox"/> ゾラデックス(3M)(年 月から)			
	<input type="checkbox"/> タモキシフェン(年 月から) <input type="checkbox"/> トレミフェン(年 月から)			
	<input type="checkbox"/> アリミデックス(年 月から) <input type="checkbox"/> アロマシン(年 月から) <input type="checkbox"/> フェマーラ(年 月から)			
<input type="checkbox"/> ハーセプチン(3W毎×18回) 投与開始日 年 月 日				
<input type="checkbox"/> その他()				
その他 (合併症など)				



沖縄県がん地域医療連携パス〈乳がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	
------	--

術後1年目

専門医施設・主治医	医療機関名	氏名
連携施設・主治医	医療機関名	氏名

術後(年)		1年目											
術後(月)		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
専門施設受診							○						○
視触診		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	マンモグラフィ												○
	乳房エコー(温存)						○						○
	乳房エコー(乳房切除)												○
	腹部エコー												○
	胸腹部CT												○
	骨密度(AI投与時)												○
	骨シンチ	適宜											
	心エコー(ハーセプチン投与時)	適宜											
採血	腫瘍マーカー	CEA					○						
		CA15-3					○						
	血算・生化学検査						○						
注射	LH-Rha	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤			○			○			○		
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤												
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	<input type="checkbox"/> その他()												
その他													

※適宜施行 適宜施行とされた検査項目に関しては、必要と判断された時に専門施設にて施行す。
 ※6年目以降は適宜。

沖縄県がん地域医療連携パス〈乳がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	
------	--

術後2年目

専門医施設・主治医	医療機関名	氏名
連携施設・主治医	医療機関名	氏名

術後(年)		2年目											
術後(月)		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
専門施設受診							○						○
視触診		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	マンモグラフィ												○
	乳房エコー(温存)						○						○
	乳房エコー(乳房切除)												○
	腹部エコー												○
	胸腹部CT												○
	骨密度(AI投与時)												○
	骨シンチ	適宜											
	心エコー(ハーセプチン投与時)	適宜											
採血	腫瘍マーカー						○						
	CEA CA15-3						○						
	血算・生化学検査						○						
注射	LH-Rha	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	□1ヶ月製剤 □3ヶ月製剤			○			○			○			○
処方	□抗エストロゲン剤												
	□アロマターゼ阻害剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	□その他()												
その他													

※適宜施行 適宜施行とされた検査項目に関しては、必要と判断された時に専門施設にて施行す。

※6年目以降は適宜。

沖縄県がん地域医療連携パス〈乳がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	
------	--

術後3～5年目

専門医施設・主治医	医療機関名	氏名
連携施設・主治医	医療機関名	氏名

術後(年)		3年目				4年目				5年目			
術後(月)		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月
専門施設受診			○		○		○		○		○		○
視触診		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	マンモグラフィ				○				○				○
	乳房エコー(温存)				○		○		○				○
	乳房エコー(乳房切除)				○				○				○
	腹部エコー				○				○				○
	胸腹部CT				○				○				○
	骨密度(AI投与時)				○				○				○
	骨シンチ		適宜										
	心エコー(ハーセプチン投与時)		適宜										
採血	腫瘍マーカー	CEA		○		○		○		○		○	
		CA15-3		○		○		○		○		○	
	血算・生化学検査						○						
注射	LH-RHa	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤											
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤											
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤												
	<input type="checkbox"/> その他()												
その他													

※適宜施行 適宜施行とされた検査項目に関しては、必要と判断された時に専門施設にて施行す。

※6年目以降は適宜。

患者基本情報(胃癌)

資料 2

連携先施設

紹介元病院

ご施設 :

所在地 :

ご芳名 : _____ 先生侍史

施設名 :

医師名 :

TEL :

FAX :

患者情報	様 (ID: _____)		生年月日		<input type="checkbox"/> 大正 年 <input type="checkbox"/> 昭和 月 <input type="checkbox"/> 平成 日 (_____)歳			
	発症日	年 月 日	併存疾患					
	初診日	年 月 日						
	入院日	年 月 日						
既往歴								
治療経過	治療前Stage (胃癌取扱い規約)		T() N() H() P() CY() M() c Stage()					
	化学療法(術前)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
			プロトコール名	開始日	終了日	薬剤名	投与量	コース
	手術		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術日 _____ 年 月 日)					
	手術の術式		<input type="checkbox"/> 幽門側胃切 <input type="checkbox"/> 胃全摘 <input type="checkbox"/> 噴門側胃切 <input type="checkbox"/> 非切除 <input type="checkbox"/> その他(_____)					
	合併切除		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 合併臓器(_____)					
	再建法		<input type="checkbox"/> B-I <input type="checkbox"/> B-II <input type="checkbox"/> R-Y <input type="checkbox"/> その他(_____)					
	根治度		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C					
	癌取扱い規約		T() N() H() P() CY() M() s Stage()					
	術後化学療法		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
			プロトコール名	開始日	終了日	薬剤名	投与量	コース
その他の治療 (支持療法など)								
最終Stage (胃癌取扱い規約)		T() N() H() P() CY() M() f Stage()						
紹介時情報	検査		検査項目	単位	測定値	検査項目	単位	測定値
	末梢血液一般	WBC	× 10 ³ /μl		Hb	g/dl		
		Plt	× 10 ³ /μl					
	生化学	TP	g/dl		ALB	g/dl		
		BUN	mg/dl		Cr	mg/dl		
		T-Bil	mg/dl		AST	IU/L		
		ALT	IU/L		CHE	IU/L		
	腫瘍マーカー	CEA	ng/ml		CA19-9	U/ml		
		CA125	U/ml					
	経過観察の要点							
今後の治療(処方内容)								

沖縄県がん地域医療連携パス〈胃がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	沖繩太郎 (ID: XX1111)
------	-------------------

Stage I

専門医施設・主治医	医療機関名 〇〇〇〇口△病院	氏名 〇〇 △△
連携施設・主治医	医療機関名 〇〇クリニック	氏名 〇〇 △△

胃癌Stage I			1年	2年	3年	4年	5年	6年～
術後(年)	術後(月)	1か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月
専門施設受診								
問診・診察、PS、体重			○	○	○	○	○	○
検査	US			○		○		
	CT		○		○		○	
	Chest X-P			○		○		○
	GIF			○		○		○
採血	腫瘍マーカー	CEA	○	○	○	○	○	○
		CA-19-9	○	○	○	○	○	○
		CA125	○	○	○	○	○	○
採血	末梢血	○	○	○	○	○	○	○
	生化学	○	○	○	○	○	○	○
その他								

※必要時に施行 残胃造影、注腸、CF、骨シンチ、PET
 ※6年目以降は適宜。

沖縄県がん地域医療連携パス〈胃がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	沖繩太郎 (ID: XX1111)
------	-------------------

Stage II - III B

専門医施設・主治医	医療機関名 〇〇〇〇口△病院	氏名 〇〇 △△
連携施設・主治医	医療機関名 〇〇クリニック	氏名 〇〇 △△

胃癌Stage II - III B																
術後(年)	1か月	3か月	6か月	9か月	1年	3か月	6か月	9か月	2年	6か月	3年	6か月	4年	6か月	5年	6年～
術後(月)																
専門施設受診																
問診・診察、PS、体重	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
検査	US		(○)		○		(○)			○		○		○		
	CT		(○)	○	○		○		○		○		○		○	
	Chest X-P				○				○		○		○		○	
	GIF			○	○		○		○		○		○		○	
採血	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	CEA	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	CA-19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	CA125	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
末梢血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
生化学	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
TS1																
その他																
※必要時に施行 残胃造影、注腸、CF、骨シンチ、PET																
※6年目を以降は適宜。																

適宜

患者基本情報（肺癌）

資料 3

連携先施設

ご施設 : _____
ご芳名 : _____先生侍史

紹介元病院

所在地 : _____
施設名 : _____
医師名 : _____

TEL : _____
FAX : _____

アレルギー歴	
禁忌薬	

患者氏名	(ID)	生年月日(年齢)・性別	MTSH __年__月__日(__歳) 男・女
職業		身長・体重	_____cm ・ _____kg

入院時情報	入院日	平成__年__月__日	発症部位 (癌取扱い規約・分類、組織型など)	
	発症日	平成__年__月__日		
	併発疾患			
	既往歴		Stage	0、I A、I B、II A、II B、III A、III B、IV
	PS	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	最大径	_____cm

入院中の経過	手術日	平成__年__月__日
	術式	
	リンパ節郭清	あり(ND0、ND1、ND) 、 なし
	放射線療法	あり、 なし
	Stage	0、I A、I B、II A、II B、III A、III B、IV
	経過	
放射線療法		

の入院経過	入院中の化学療法歴	開始日	プロトコール名	投与量	コース/回数
退院時情報	退院日	平成__年__月__日	肝機能		
	退院時体重	_____kg	腎機能		
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名_____)			
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に_____)			
	退院時指導				
	退院後の経過観察の要点				
	今後の治療(処方内容)				

沖縄県がん地域医療連携パス〈肺がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	
------	--

専門医施設・主治医	医療機関名	氏名
連携施設・主治医	医療機関名	氏名

術後(年)	術後(月)	1年	2年	3年	4年	5年	6年～
術後(月)	1か月	3か月	6か月	6か月	6か月	6か月	
専門施設受診							適宜
問診・診察、PS、体重	○	○	○	○	○	○	
検査	胸部レントゲン	○	○	○	○	○	
	胸腹部CT			○	○	○	
	脳MRI			○	○	○	
	骨シンチ			○	○	○	
採血	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	
	CEA	○	○	○	○	○	
	シフラ/SCC	○	○	○	○	○	
	pro-GRP(小細胞癌)	○	○	○	○	○	
採血	末梢血	○	○	○	○	○	
	生化学	○	○	○	○	○	
その他							

沖縄県がん地域医療連携パス〈肺がん〉（診療経過表）（案）

専門医施設主治医氏名	〇〇病院 〇〇□△
かかりつけ医氏名	〇〇クリニック △△〇〇

患者氏名	千葉花子 (ID : XX1112)	生年月日(年齢)・性別	M T S M 53年1月1日(30歳) 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
------	---------------------	-------------	--

1~5年目

経過 (退院日: 年 月 日)	1ヶ月 (1月21日)	3ヶ月 (1月21日)	6ヶ月 (1月21日)	1年 (月 日)	1年6ヶ月 (月 日)	2年 (月 日)	2年6ヶ月 (月 日)	3年 (月 日)	4年 (月 日)	5年 (月 日)
患者の受診場所	病院・ 診療所	病院・ 診療所	病院・ 診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所

診察測定	体重	60 kg	61 kg	61 kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
	血圧	110/81 mmHg	114/83 mmHg	112/82 mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
臨床症状	全身症状(PS)	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 1・2・3・4
	食欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	表在リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	新たな症状の出現										
検査	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	胸腹部CT			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	脳MRI			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	骨シンチ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	PET-CT (適宜)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
採血	末梢血液一般										
	WBC	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl
	Ht	%	%	%	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	Plt	× 10 ⁴ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl	× 10 ³ /μl
	生化学										
	AST(GOT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALT(GTP)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	T-Bil	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	Cr	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	腫瘍マーカー										
	CEA	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml
	シフラ/SCC	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml
pro-GRP(小細胞癌)	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	
治療	処方内容 (UFT,TS-1)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	バリアンス (署名)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)
	特記事項(経過記録)	食欲なし 消化管障害あり	消化管障害改善								

沖縄県がん地域医療連携パス〈肺がん〉（診療経過表）（案）

専門医施設主治医氏名	〇〇病院 〇〇〇△
かかりつけ医氏名	〇〇クリニック △△〇〇

患者氏名	千葉花子 (ID : XX1112)	生年月日(年齢)・性別	M T S H 53年1月1日(30歳) 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
------	---------------------	-------------	--

5年目以降

経過 (退院日: 年 月 日)	(11月21日)	(12月21日)	(1月21日)	(月 日)	(月 日)	(月 日)	(月 日)	(月 日)	(月 日)	(月 日)
患者の受診場所	病院・ <input checked="" type="checkbox"/> 診療所	病院・ <input checked="" type="checkbox"/> 診療所	病院・ <input checked="" type="checkbox"/> 診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所

診察測定	体重	60 kg	61 kg	61 kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	
	血圧	110/81 mmHg	114/83 mmHg	112/82 mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	
臨床症状	全身症状(PS)	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	食欲	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	表在リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	新たな症状の出現											
検査	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	胸部腹部CT	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	脳MRI	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	骨シンチ (適宜)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	PET-CT (適宜)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
採血	末梢血液一般											
	WBC	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$
	Ht	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	Plt	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	$\times 10^3 / \mu\text{l}$
	生化学											
	AST(GOT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALT(GTP)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	T-Bil	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	Cr	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	腫瘍マーカー											
	CEA	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml
	シフラ/SCC	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml
	pro-GRP(小細胞癌)	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml	pg/ml
治療	処方内容 (UFT,TS-1)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	バリアンス (署名)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△〇〇)	
	特記事項(経過記録)	食欲なし 消化管障害あり	消化管障害改善									

患者基本情報（肝癌）

資料4

連携先施設

ご施設： _____
ご芳名： _____ 先生侍史

紹介元病院

所在地： _____
施設名： _____
医師名： _____

TEL： _____

FAX： _____

アレルギー歴	
禁忌薬	

患者氏名		(ID)	生年月日(年齢)・性別	M T S H ____年__月__日(____歳) 男・女
職業			身長・体重	_____ cm ・ _____ kg

入院時情報	入院日	平成____年__月__日	発症部位 (癌取扱い規約・分類、組織型など)	
	発症日	平成____年__月__日		
	併発疾患			
	既往歴			
		肝障害の病因	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他()	
		肝障害度	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
	最大径	_____ cm		

入院中の経過	手術日	平成____年__月__日
	術式	
	リンパ節郭清	あり、なし
	内科的治療	<input type="checkbox"/> TACE <input type="checkbox"/> RFA <input type="checkbox"/> 肝動注 <input type="checkbox"/> PEIT <input type="checkbox"/> その他()
	Stage	I、II、III、IVA、IVB
	経過	
	放射線療法	

の入院経過中	入院中の化学療法歴	開始日	プロトコール名	投与量	コース	回数	行われた支持療法
退院時情報	退院日	平成____年__月__日					
	退院時体重	_____ kg					
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名 _____)					
	退院後の経過観察の要点						
	今後の治療(処方内容)						

沖縄県がん地域医療連携パス〈肝がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	
------	--

術後1年目

専門医施設・主治医	医療機関名	氏名
連携施設・主治医	医療機関名	氏名

術後(年)			1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年
術後(月)														
専門施設受診					○			○			○			○
検査	CTまたはMRI				○			○			○			○
	超音波検査							○						○
採血	腫瘍マーカー	AFP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		PIVKA	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血算・生化学検査		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他														

※適宜施行 適宜施行とされた検査項目に関しては、必要と判断された時に専門施設にて施行す。
 ※6年目以降は適宜。

沖縄県がん地域医療連携パス〈肝がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	
------	--

術後2年目

専門医施設・主治医	医療機関名	氏名
連携施設・主治医	医療機関名	氏名

術後(年)			1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	2年
術後(月)														
専門施設受診					○			○			○			○
検査	CTまたはMRI							○						○
	超音波検査				○						○			
採血	腫瘍マーカー	AFP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		PIVKA	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	血算・生化学検査		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他														

※適宜施行 適宜施行とされた検査項目に関しては、必要と判断された時に専門施設にて施行す。
 ※6年目以降は適宜。

沖縄県がん地域医療連携パス〈肝がん〉（診療計画表）（案）

患者氏名	
------	--

術後3～5年目

専門医施設・主治医	医療機関名	氏名
連携施設・主治医	医療機関名	氏名

術後(年)			3年			4年			5年		
術後(月)			3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
専門施設受診				○		○	○		○	○	○
検査	CTまたはMRI			○		○	○		○	○	○
	超音波検査			○		○	○		○	○	○
採血	腫瘍マーカー	AFP	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		PIBKA									
	血算・生化学検査		○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他											

※適宜施行 適宜施行とされた検査項目に関しては、必要と判断された時に専門施設にて施行す。
 ※6年目以降は適宜。

沖縄県がん地域医療連携パス〈肝がん〉（診療経過表）（案）

術後1年目

患者氏名・ID	千葉花子 (ID : XX1112)	生年月日(年齢)・性別	MTSE 53年1月1日(30歳) 女 男
---------	---------------------	-------------	-----------------------

専門医施設主治医氏名	〇〇病院 〇〇〇△
かかりつけ医氏名	〇〇クリニック △△〇〇

経過 (退院日: 年 月 日)	1ヶ月 (月 日)	2ヶ月 (月 日)	3ヶ月 (月 日)	4ヶ月 (月 日)	5ヶ月 (月 日)	(6)ヶ月 (月 日)	(7)ヶ月 (月 日)	(8)ヶ月 (月 日)	(9)ヶ月 (月 日)	(10)ヶ月 (月 日)	(11)ヶ月 (月 日)	(12)ヶ月 (月 日)
受診施設	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ

診察測定	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
臨床症状	全身症状(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	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	0・1・2・3・4
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	結膜(貧血・黄疸)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	腹部の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	下肢の浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	新たな症状の出現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
検査	CT			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	MRI			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	超音波検査						<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
採血	CBC(貧血・白血球減少)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血小板	万	万	万	万	万	万	万	万	万	万	万
	プロトロンビン活性値	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	肝機能											
	AST(GOT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALT(GPT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALP	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	T-BIL	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	腎機能											
	BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	Creat	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	栄養・代謝											
	TP	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	Alb	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	T-Chol	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	腫瘍マーカー											
PIVKA	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	
AFP	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	
治療	処方変更の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認
備考												
その他												
バリアンス(署名)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)
特記事項(経過記録)												

沖縄県がん地域医療連携パス〈肝がん〉（診療経過表）（案）

術後2年目

患者氏名・ID	千葉花子 (ID : XX1112)	生年月日(年齢)・性別	MTSE53年1月1日(30歳) 女 男
---------	---------------------	-------------	----------------------

専門医施設主治医氏名	〇〇病院 〇〇〇△
かかりつけ医氏名	〇〇クリニック △△〇〇

経過 (退院日: 年 月 日)	1ヶ月 (月 日)	2ヶ月 (月 日)	3ヶ月 (月 日)	4ヶ月 (月 日)	5ヶ月 (月 日)	(6)ヶ月 (月 日)	(7)ヶ月 (月 日)	(8)ヶ月 (月 日)	(9)ヶ月 (月 日)	(10)ヶ月 (月 日)	(11)ヶ月 (月 日)	(12)ヶ月 (月 日)
受診施設	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ

診察測定	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
臨床症状	全身症状(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	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	0・1・2・3・4
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	結膜(貧血・黄疸)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	腹部の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	下肢の浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	新たな症状の出現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
検査	CT						<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	MRI						<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	超音波検査			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
採血	CBC(貧血・白血球減少)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血小板	万	万	万	万	万	万	万	万	万	万	万
	プロトロンビン活性値	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	肝機能											
	AST(GOT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALT(GPT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALP	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	T-BIL	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	腎機能											
	BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	Creat	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	栄養・代謝											
	TP	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	Alb	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	T-Chol	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	腫瘍マーカー											
	PIVKA	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL
AFP	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	
治療	処方変更の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認
その他	備考											
	バリアンス(署名)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)
特記事項(経過記録)												

沖縄県がん地域医療連携パス〈肝がん〉（診療経過表）（案）

術後3～5年目

患者氏名・ID	千葉花子 (ID : XX1112)	生年月日(年齢)・性別	MTSE53年1月1日(30歳) 女 男
---------	---------------------	-------------	----------------------

専門施設主治医氏名	〇〇病院 〇〇△△
かかりつけ医氏名	〇〇クリニック △△〇〇

経過 (退院日: 年 月 日)	2年3ヶ月 (月 日)	2年6ヶ月 (月 日)	2年9ヶ月 (月 日)	3年 (月 日)	3年3ヶ月 (月 日)	3年6ヶ月 (月 日)	3年9ヶ月 (月 日)	4年 (月 日)	4年3ヶ月 (月 日)	4年6ヶ月 (月 日)	4年9ヶ月 (月 日)	5年 (月 日)
受診施設	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ	専門・かかりつけ

診察測定	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
臨床症状	全身症状(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	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	0・1・2・3・4
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	結膜(貧血・黄疸)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	腹部の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	下肢の浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	新たな症状の出現	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
検査	CT		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	MRI		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	超音波検査		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
採血	CBC(貧血・白血球減少)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	血小板	万	万	万	万	万	万	万	万	万	万	万
	プロトロンビン活性値	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	肝機能											
	AST(GOT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALT(GPT)	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	ALP	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l	U/l
	T-BIL	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	腎機能											
	BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	Creat	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	栄養・代謝											
	TP	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	Alb	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
	T-Chol	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
血糖	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	
腫瘍マーカー												
PIVKA	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	μg/mL	
AFP	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	ng/ml	
治療	処方変更の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	副作用()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 服薬確認
備考												
その他												
	バリアンス(署名)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (△△ ○○)
	特記事項(経過記録)											

患者基本情報【大腸癌】

年 月 日

連携施設名

担当医氏名

御侍史

紹介元施設名

住所

電話番号：

FAX：

医師名：

e-mail：

患者氏名	様(ID:)			生年月日	MT・S・H 年 月 日			
住所				電話番号				
診断名				入院日				
併存疾患				退院日				
				臨床診断	部位	V・C・A・T・D・S・R・RS・Ra・Rb・P・E		
			肉眼型		0 - ()・I・II・III・IV・V			
			進達度		M・SM・MP・SS・SE・Si・A・Ai			
既往歴					N	0・1・2・3	H	X・0・1・2・3
					P	X・0・1・2・3	M	X・0・1()
					cStage	0・I・II・IIIa・IIIb・IV		
手術日	年 月 日		術式					
術中診断	部位	V・C・A・T・D・S・R・RS・Ra・Rb・P・E			最終診断	組織型	pap・tub・tub1・tub2・por・por1・por2・muc・sig・ecc・asc・scc・その他()	
	進達度	M・SM・MP・SS・SE/A・Si/Ai()				進達度	M・SM・MP・SS・SE/A・Si/Ai()	
	N	0・1・2・3	H	X・0・1・2・3		N	0・1・2・3	T(), N(), M()
	P	X・0・1・2・3	M	X・0・1		PM	X・0・1	DM X・0・1 RM X・1・0
	D	0・1・2・3 ()	AN (神経温存)	X・0・1・2・3・4		fStage	0・I・II・IIIa・IIIb・IV	
	PM	X・0・1	DM	X・0・1		放射線治療	なし・あり(部位: 、線量 Gy)	
	R(癌遺残)	X・0・1	Cur(根治度)	A・B・C		術前化療	なし・あり(regimen: 、コース)	
	sStage	0・I・II・IIIa・IIIb・IV				術後補助化療	なし・あり(regimen: 、コース)	
	経過							
退院時	身長	cm、	体重	Kg、	BSA:	m2	退院後専門施設外来の間隔:	
問題点 および 経過観察 の要点								

沖縄県がん地域医療連携パス〈大腸がん Stage I ~ Stage II〉（診療計画表）（案）

患者氏名	沖繩太郎 (ID: XX1111)
------	-------------------

専門施設・主治医	医療機関名 〇〇〇〇口△病院	氏名 〇〇 △△
連携施設・主治医	医療機関名 〇〇クリニック	氏名 〇〇 △△

大腸癌Stage I およびStage II																																		
術後(年)												1年			2年			3年			4年			5年										
術後(月)												1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月
専門施設受診		〇		〇			〇			〇			〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇									
問診・診察		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇									
直腸指診(直腸癌)						〇						〇		〇		〇		〇		〇		〇		〇										
検査	CT					〇						〇		〇		〇		〇		〇		〇		〇										
	大腸内視鏡検査											〇																						
採血	腫瘍マーカー	CEA		〇		〇			〇			〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇										
	CA-19-9			〇		〇			〇			〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇										
採血	末梢血	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇										
	生化学	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇										
その他																																		

※必要時に施行 MRI、注腸造影、骨シンチ、PET
※6年目以降は基本健診、職場検診や人間ドックを有効利用する。

沖縄県がん地域医療連携パス〈大腸がん Stage III〉（診療計画表）（案）

患者氏名	沖繩太郎 (ID: XX1111)
------	-------------------

専門施設・主治医	医療機関名 〇〇〇〇口△病院	氏名 〇〇 △△
連携施設・主治医	医療機関名 〇〇クリニック	氏名 〇〇 △△

大腸癌 Stage III																																					
術後(年)		1年												2年						3年						4年						5年					
術後(月)		1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	12か月	3か月	6か月	9か月	12か月	3か月	6か月	9か月	12か月	3か月	6か月	9か月	12か月	3か月	6か月	9か月	12か月	3か月	6か月	9か月	12か月				
専門施設受診		○		○			○			○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
問診・診察		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
直腸指診(直腸癌)							○					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
検査	CT						○					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
	大腸内視鏡検査											○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
採血	腫瘍マーカー																																				
	CEA			○			○			○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
	CA-19-9			○			○			○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
採血	末梢血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
	生化学	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
その他																																					
補助化学療法		術後6ヶ月または1年																																			

※必要時に施行 MRI、注腸造影、骨シンチ、PET
※6年目以降は基本健診、職場検診や人間ドックを有効利用する。

