



診療情報提供書・胃がん術後フォローアップ連携パス(経過報告)

医療機関情報  
〒 \_\_\_\_\_  
  
先生 御侍史

和泉市立総合医療センター  
診療科 外科  
担当医(記入医)

患者情報  
当院ID \_\_\_\_\_  
ふりがな \_\_\_\_\_  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

平素よりお世話になっております。  
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

・ 症状経過  
 再発異常なし /  異常所見あり  
 ・ 共同診療計画  
 変更なし /  変更あり

※検査データ・処方薬一覧も添付

○サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
			6ヶ月		1年		1年半		2年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部)		○		○		○		○
	胃内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
			2年半		3年		4年		5年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学 (CEA・CA19-9含む)	(○)	○	(○)	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部)		○		○		○		○
	胃内視鏡検査				○				