

診療情報提供書・胃がん術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院)

年 月 日

医療機関情報  
〒 594-0073  
和泉市和気町4-5-1  
和泉市立総合医療センター

先生 御侍史

〒

**患者情報** ID:

ふりがな  
患者氏名 性別 生年月日 昭和 年 月 日

平素より大変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。

症状経過など  
 異常所見なし  
 異常所見あり

【治療計画】

○: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

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		(術後)		6ヶ月	1年	1年半	2年		
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
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				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		(術後)		2年半	3年	4年	5年		
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
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				○				○