

「私のカルテ」を使って
あなたのことを地域の医療者にお伝えください

医療機関・保険薬局に持参し必ず提示しましょう！



専門医の役割

年に何回かの診察は、専門病院の専門医が担当します。

- 1) 専門医の診察
- 2) 精密検査
(血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など)

日頃の診察は、地域のかかりつけ医の先生が担当します。

- 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
- 2) 定期的なお薬の処方
- 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
- 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療 などをおかかりつけ医の先生が行います。

検査結果は「私のカルテ」内に記載して共有します。また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に専門病院で診察を行うこともあります。

がん診療連携パス

「がん診療連携パス（連携パス）」とは
地域のかかりつけ医と病院の医師が、あなたの診療経過を共有できる診療計画表のことです。

「連携パス」を活用して、あなたを中心にかかりつけ医と病院医師が情報交換を行い、よりよい医療と安全を提供します。

この「連携パス」を利用し、かかりつけ医をもつことで、診察の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減にもなります。

さらに、患者さんご自身が診療計画や病気を理解した上で治療の目標を管理することができ、かかりつけ医のもとで、手厚い診療を受けることが出来るようになります。

あなたも「連携パス」を活用して専門病院と近くの病院・診療所の2人の主治医に診てもらいましょう。



わたしのプロフィール

よみがな			
名前			
住所	(〒 -)		
生年月日	(西暦) 年 月 日	血液型	
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (
これまでにかかった病気(既往歴)又は治療中の病気			

かかっている医療者又は医療機関	①かかりつけ医(連携医)	医師名	
	②医療機関名		
	③医療機関名		
	④医療機関名		
	専門医療機関名(拠点病院)		
	がん相談支援室の担当者	病院 名前	☎
訪問看護師	名前	☎	
ケアマネジャー	名前	☎	
保険薬局	名前	☎	
医療福祉・生活環境に関して	・介護保険申請 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請(要介護・要支援) ・福祉医療受給 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・介護保険サービス利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・公費医療制度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・障害者手帳: 級 障害の種類 ・その他:		
緊急時の連絡先	1.名前	続柄	☎: 自宅 携帯
	2.名前	続柄	☎: 自宅 携帯
病気・治療の説明をしてほしい人			
病気・治療の説明をしてほしくない人			

算定 (あり・なし)

情報共有書 (婦人科がん)

日付 年 月 日

発信先医院名 医院
 診療科 科
 医師名 先生

〒

カナ
 患者氏名
 生年月日 年齢

TEL
 FAX
 G P 閉経

連携目的 経過観察 化学療法 支持療法 緩和ケア
 その他()

診断 卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん
 その他の婦人科悪性腫瘍
 (年 月 日) Stage () T()N()M()

病理診断 pT()N()M()
 (年 月 日) ypT()N()M()
 Grade()

卵巣 (悪性 境界悪性)
 子宮頸 (扁平上皮癌 腺癌系)
 子宮体 (類内膜型 特殊型)

備考

手術(1st) 手術術式

手術(2nd) 手術術式

手術完遂度(完全/optimal /suboptimal) 妊孕性温存(有/無)

備考

術前・術後補助治療	治療内容	期間(開始~終了)	備考
		~	
		~	
		~	

現在の治療(開始日:)

がんの部位 初発・再発

初診時
 (年 月 日)

紹介時
 (年 月 日)

紹介時所見 HBsAg 陽性 陰性 不明
 HCVAb 陽性 陰性 不明
 その他 ()
 腫瘍マーカー

CA125() CA19-9()
 CEA() AFP()
 SCC抗原() hCG() その他()

病状・症状 PS (0-1 2 3 4) 疼痛 (なし あり)
 腹水・胸水 (あり なし) 呼吸器症状 (なし あり)
 栄養 (経口 経管 点滴) 消化器症状 (なし あり)
 移動 (可能 車椅子 その他) 不眠 (なし あり)
 意識 (清明 傾眠 昏睡) 不安 (なし あり)
 認知 (なし あり) その他 ()

患者への説明内容

年 月 日	年 月 日
施設名() 記入者	施設名() 記入者

患者の意向・希望

診療情報提供書 < 婦人科がんシエーマ >

(手術時の所見・画像診断等での病巣部位等を記入)

- 卵巣がん
- 子宮頸がん
- 子宮体がん
- その他の婦人科悪性腫瘍

Stage () T()N()M()

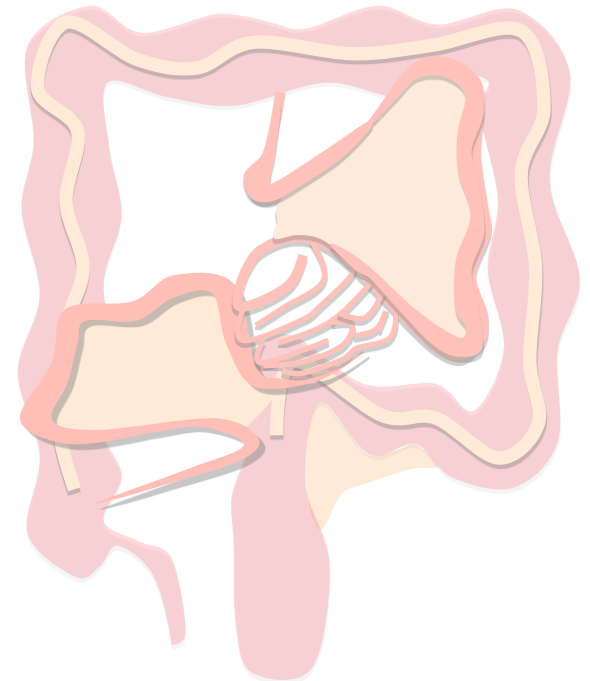
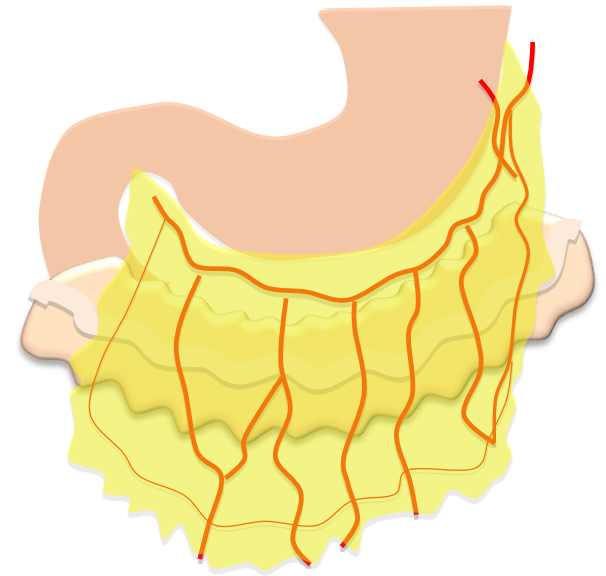
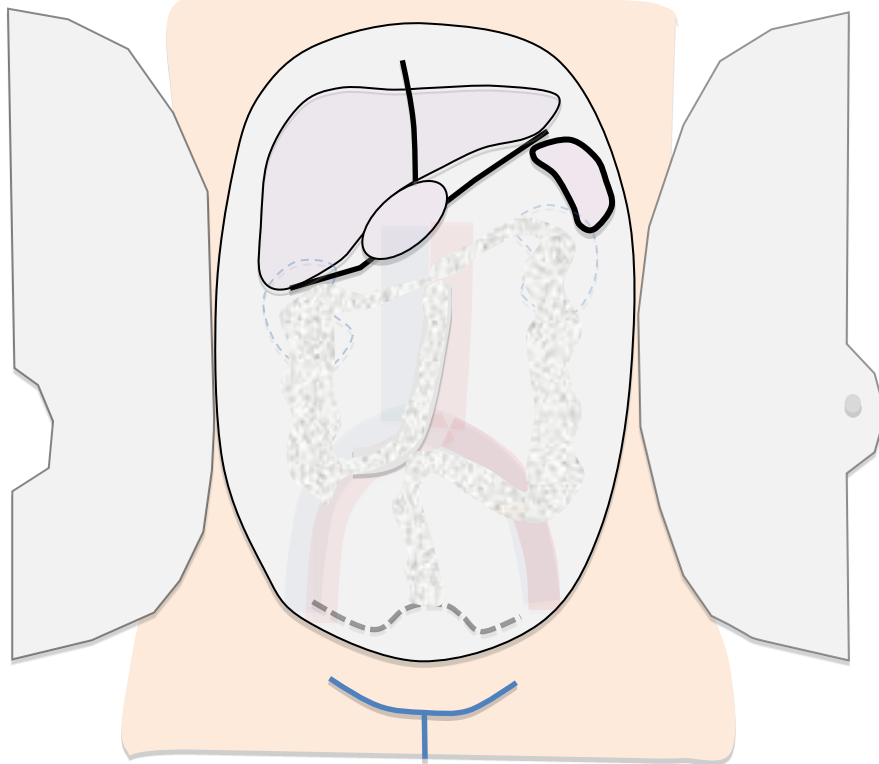
pT()N()M(), ypT()N()M()

Grade ()

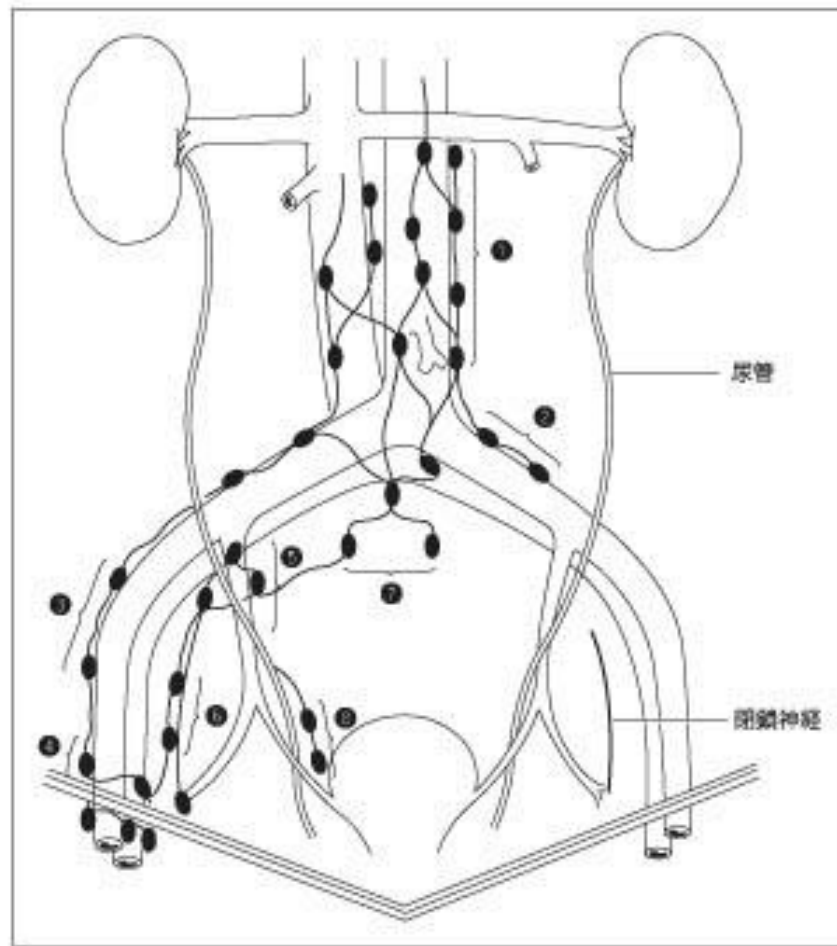
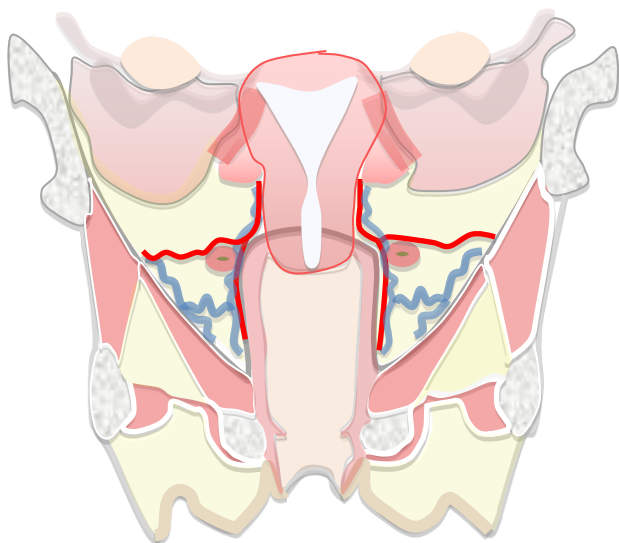
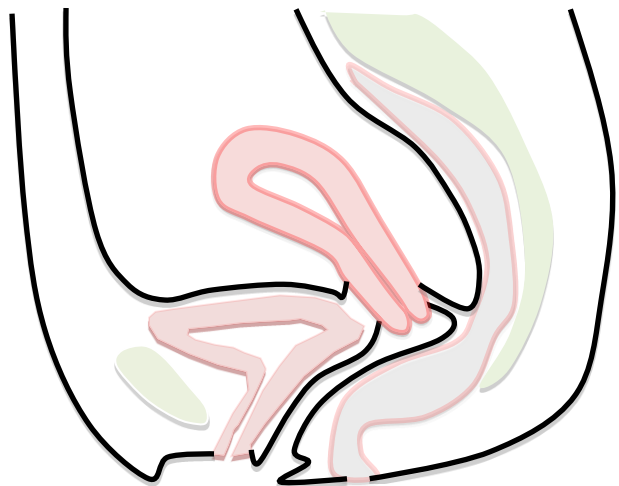
卵巣 (悪性 境界悪性)

子宮頸 (扁平上皮癌 腺癌系)

子宮体 (類内膜型 特殊型)



< 婦人科がんシエーマ >

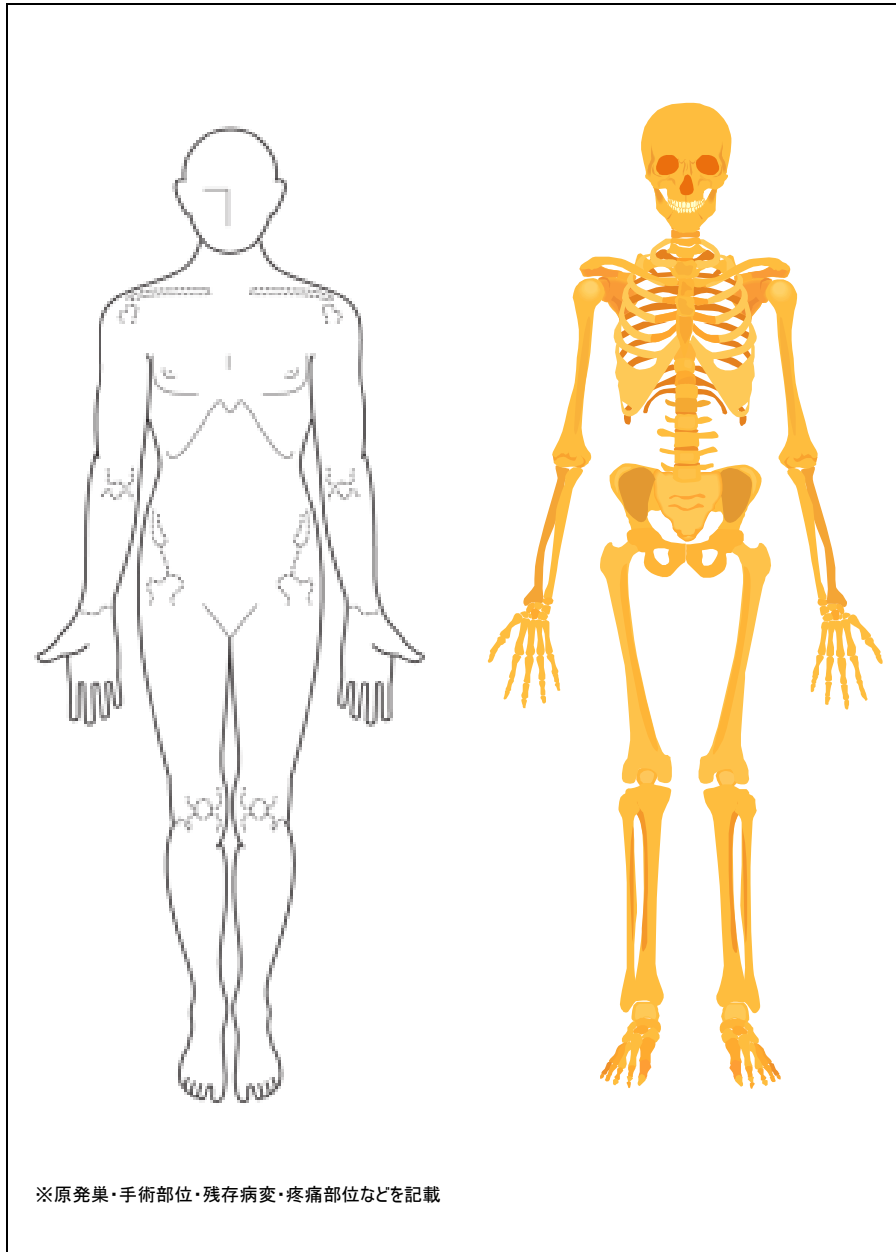


卵巣悪性腫瘍治療に関係ある骨盤リンパ節

郭清範囲・生検部位と転移陽性部位の提示。

緊急のときは

緊急のときの対応を記入しておきましょう



※原発巣・手術部位・残存病変・疼痛部位などを記載

症状と対応		対応方法
例) 吐き気が強くなったら	➡	・1日に2食摂れないときは、吐き気止めを飲む、治まらなければ受診。
	➡	
	➡	
	➡	
	➡	
	➡	
	➡	
	➡	
	➡	

対応方法			
1	かかりつけ医に電話	4	専門医に受診
2	かかりつけ医受診	5	
3	専門医に電話	6	

※対応方法を参照の上、連絡先を確認

連絡先	
かかりつけ医()	☎
	☎
専門医()	☎
	☎
	☎
	☎
	☎

共同診療計画表① 【婦人科がん（□卵巣がん □子宮頸がん □子宮体がん □その他の婦人科腫瘍）術後サーベイ】

患者ID: 患者名:

施設名	電話番号	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医(CL)				4ヶ月に1回
専門医(HP)				4ヶ月に1回

適応基準: Low risk群

除外基準:

継続指示: □ 食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介 □ 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 □ その他の検査の異常 ⇒ 専門医紹介
 □ 体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介 □ 画像/X線検査で異常 ⇒ 専門医紹介 □ その他再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

アウトカム	❖ 患者のQOLが維持できている ❖ 再発を早期に発見する ❖ 後遺症の管理ができている	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	
		開始時アセスメント	2M	4M	6M	8M	10M	12M	14M	16M	18M	20M	22M	24M	
		年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診療	症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	病状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	診察・内診所見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
検査	❖ 血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	❖ 生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	❖ 腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	❖ 胸腹部骨盤部CT							○						○	
	❖ 胸部単純X線写真(6~12ヶ月に1回を目度)														
	❖ 経膈超音波(必要時)														
	❖ 膣(断端)細胞診(必要時,6~12ヶ月に1回を目度)														
	❖ 子宮腔部細胞診(必要時,6~12ヶ月に1回を目度)														
	❖ 子宮内膜細胞診(必要時,6~12ヶ月に1回を目度)														
	❖ 骨密度測定(必要時,6ヶ月~2年に1回を目度)								○						
その他	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
指導	内服確認														
	副作用説明														
	生活指導														
	その他														

共同診療計画表② 【婦人科がん（□卵巣がん □子宮頸がん □子宮体がん □その他の婦人科腫瘍）術後サーベイ】

患者ID: 患者名:

施設名	電話番号	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医(CL)				6～8ヶ月に1回
専門医(HP)				6～8ヶ月に1回

適応基準: Low risk群

除外基準:

継続指示: 食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 その他の検査の異常 ⇒ 専門医紹介
 体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介 画像/X線検査で異常 ⇒ 専門医紹介 その他再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

アウトカム	♣ 患者のQOLが維持できている ♣ 再発を早期に発見する ♣ 後遺症の管理ができている	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP
		27M	30M	33M	36M	40M	44M	48M	52M	56M	60M
		年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診療	症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	病状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	診察・内診所見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	♣ 血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	♣ 生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	♣ 腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	♣ 胸腹部骨盤部CT				○			○			○
	♣ 胸部単純X線写真(6～12ヶ月に1回を目度)										
	♣ 経膈超音波(必要時)										
	♣ 膈(断端)細胞診(必要時)										
	♣ 子宮腔部細胞診(必要時)										
	♣ 子宮内膜細胞診(必要時)										
	♣ 骨密度測定(必要時)										
	その他	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
指導	内服確認										
	副作用説明										
	生活指導										
	その他										

共同診療計画表③ 【婦人科がん（卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍）術後サーベイ】

患者ID: 患者名:

施設名	電話番号	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医(CL)				12ヶ月に1回
専門医(HP)				12ヶ月に1回

適応基準: Low risk群

除外基準:

継続指示: 食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 その他の検査の異常 ⇒ 専門医紹介
 体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介 画像/X線検査で異常 ⇒ 専門医紹介 その他再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

アウトカム	<input checked="" type="checkbox"/> 患者のQOLが維持できている <input checked="" type="checkbox"/> 再発を早期に発見する <input checked="" type="checkbox"/> 後遺症の管理ができている	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP	CL	HP
		66M	72M	78M	84M	90M	96M	102M	108M	114M	120M
		年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診療	症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	病状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	診察・内診所見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	<input checked="" type="checkbox"/> 血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	<input checked="" type="checkbox"/> 生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	<input checked="" type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	<input checked="" type="checkbox"/> 胸腹部骨盤部CT(必要時)										
	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部単純X線写真(6~12ヶ月に1回を目度)										
	<input checked="" type="checkbox"/> 経膈超音波(必要時)										
	<input checked="" type="checkbox"/> 膣(断端)細胞診(必要時)										
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮腔部細胞診(必要時)										
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮内膜細胞診(必要時)										
	<input checked="" type="checkbox"/> 骨密度測定(必要時)										
その他	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
指導	内服確認										
	副作用説明										
	生活指導										
	その他										

連携パス記入表 【婦人科がん（卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍） 術後サーベイ連携（開始時アセスメント～12ヶ月後）

患者ID: _____ 患者名: _____

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			4ヶ月に1回
専門医			4ヶ月に1回

適応基準: Low risk群

継続指示: 食事が入らないとき → 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 → 専門医紹介 その他の検査の異常 → 専門医紹介
 体重減少が続くとき → 専門医紹介 画像/X線検査で異常 → 専門医紹介 その他再発が疑われるとき → 専門医紹介

【最終アウトカム】	QOLを維持し、再発を早期に発見する。	年月日		年月日		年月日		年月日		年月日		年月日		アウトカム評価		
		開始時アセスメント		2ヶ月後		4ヶ月後		6ヶ月後		8ヶ月後		10ヶ月後			12ヶ月後	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ			
アウトカム	<input checked="" type="checkbox"/> 患者のQOLが維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
	<input checked="" type="checkbox"/> 再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
	<input checked="" type="checkbox"/> (いいえの場合) → 早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
	<input checked="" type="checkbox"/> 後遺症の管理ができている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
自他覚症状と判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 全身状態(体重) 急激な増減がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 全身状態(PS) 0~1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 内診 (しこり、痛み、出血がない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 直腸診(しこり、痛みがない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 全身倦怠感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 帯下の増加がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 不正性器出血がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 腹部膨満感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 下肢のむくみがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> 月経異常(妊孕性温存症例)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
検査と判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 血算 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 生化学検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 腫瘍マーカー () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 画像診断 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> X線検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> その他の検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
治療・処置	薬剤処方の有無 (詳細はお薬手帳に記入)	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし				
患者・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載															
	<input checked="" type="checkbox"/> 内服確認 実施内容を記載															
	<input checked="" type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載															
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 実施内容を記載															
Ns サイン																
Dr サイン																

作成日: / /

連携パス記入表 【婦人科がん（卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍） 術後サーベイ連携（14ヶ月後～24ヶ月後）

患者ID: _____ 患者名: _____

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			4ヶ月に1回
専門医			4ヶ月に1回

適応基準: Low risk群

継続指示: 食事が入らないとき → 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 → 専門医紹介 その他の検査の異常 → 専門医紹介
 体重減少が続くとき → 専門医紹介 画像/X線検査で異常 → 専門医紹介 その他再発が疑われるとき → 専門医紹介

【最終アウトカム】	QOLを維持し、再発を早期に発見する。	年月日		年月日		年月日		年月日		年月日		アウトカム 評価		
		14ヶ月後		16ヶ月後		18ヶ月後		20ヶ月後		22ヶ月後			24ヶ月後	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ		はい	いいえ
アウトカム	<input checked="" type="checkbox"/> 患者のQOLが維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
	<input checked="" type="checkbox"/> 再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
	<input checked="" type="checkbox"/> (いいえの場合) ⇒ 早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
	<input checked="" type="checkbox"/> 後遺症の管理ができている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 7		
自他覚症状 と判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 全身状態(体重) 急激な増減がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 全身状態(PS) 0~1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 内診 (しこり、痛み、出血がない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 直腸診(しこり、痛みがない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 全身倦怠感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 帯下の増加がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 不正性器出血がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 腹部膨満感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 下肢のむくみがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> 月経異常(妊孕性温存症例)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
検査と 判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 血算 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 生化学検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 腫瘍マーカー () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 画像診断 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> X線検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> その他の検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
治療・処置	薬剤処方の有無 (詳細はお薬手帳に記入)	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし				
患者・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載													
	<input checked="" type="checkbox"/> 内服確認 実施内容を記載													
	<input checked="" type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載													
	その他 実施内容を記載													
Ns サイン														
Dr サイン														
作成日: / /														

連携バス記入表 【婦人科がん（卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍）】 術後サーベイ連携（27ヶ月～60ヶ月）

患者ID: _____ 患者名: _____

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			6～8ヶ月に1回
専門医			6～8ヶ月に1回

適応基準: Low risk群

継続指示: 食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 その他の検査の異常 ⇒ 専門医紹介
 体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介 画像/X線検査で異常 ⇒ 専門医紹介 その他再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介

【最終アウトカム】		年月日		年月日		年月日		年月日		年月日		年月日		年月日		年月日		アウトカム評価			
		27ヶ月後		30ヶ月後		33ヶ月後		36ヶ月後		40ヶ月後		44ヶ月後		48ヶ月後		52ヶ月後			56ヶ月後		60ヶ月後
QOLを維持し、再発を早期に発見する。		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
アウトカム	<input checked="" type="checkbox"/> 患者のQOLが維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/10
	<input checked="" type="checkbox"/> 再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/10
	<input checked="" type="checkbox"/> (いいえの場合)⇒早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/10
	<input checked="" type="checkbox"/> 後遺症の管理ができている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自他覚症状 と判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 全身状態(体重) 急激な増減がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 全身状態(PS) 0～1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 内診 (しこり、痛み、出血がない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 直腸診 (しこり、痛みがない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 全身倦怠感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 帯下の増加がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 不正性器出血がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 腹部膨満感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 下肢のむくみ がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月経異常(妊孕性温存症例)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査と 判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 血算 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 生化学検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 腫瘍マーカー () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 画像診断 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> X線検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 細胞診検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他の検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療・処置	薬剤処方の有無 (詳細はお薬手帳に記入)	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	
	患者・栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載																			
	<input checked="" type="checkbox"/> 内服確認 実施内容を記載																				
	<input checked="" type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載																				
	その他 実施内容を記載																				
Nsサイン																					
Drサイン																					

作成日: / /

患者ID: _____ 患者名: _____

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			12ヶ月に1回
専門医			12ヶ月に1回

適応基準: Low risk群

継続指示: □ 食事が入らないとき ⇒ 専門医紹介 □ 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 □ その他の検査の異常 ⇒ 専門医紹介
 □ 体重減少が続くとき ⇒ 専門医紹介 □ 画像/X線検査で異常 ⇒ 専門医紹介 □ その他再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介

【最終アウトカム】	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	アウトカム 評価																				
																					66ヶ月後		72ヶ月後		78ヶ月後		84ヶ月後		90ヶ月後		96ヶ月後		102ヶ月後		108ヶ月後		114ヶ月後		120ヶ月後	
																					はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
アウトカム	患者のQOLが維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/10																		
	再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/10																		
	(いいえの場合)⇒早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/10																		
	後遺症の管理ができている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/10																		
自覚症状 と判断基準	全身状態(体重) 急激な増減がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	全身状態(PS) 0~1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	内診 (しこり、痛み、出血がない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	直腸診 (しこり、痛みがない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	全身倦怠感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	食欲不振がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	帯下の増加がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	不正性器出血がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	腹部膨満感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	下肢のむくみがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
月経異常(妊孕性温存症例)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
検査と 判断基準	血算 ()に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	生化学検査 ()に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	腫瘍マーカー ()に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	画像診断 ()に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	X線検査 ()に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	細胞診検査 ()に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	その他の検査 ()に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
治療・処置	薬剤処方の有無 (詳細はお薬手帳に記入)	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし																			
患者・栄養指導	生活指導 実施内容を記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	内服確認 実施内容を記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	副作用説明 実施内容を記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	その他 実施内容を記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Ns サイン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	Dr サイン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			

作成日: / /

婦人科がん緩和ケア連携パス

患者ID: _____ 患者名: _____
 適応基準: _____
 除外基準: _____
 継続指示: 「緊急のときは」を参照

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			
専門医			

【最終目標】 苦痛なく日常生活が送れる		開始時アセスメント												目標 評価	
		年 月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日			
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ		
目標	🔴 夜、ぐっすり眠れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
	🔴 じっとしている時の痛みがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
	🔴 動いた時の痛みがない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
	🔴 痛み以外の不快な症状がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
以下の症状が一番強いときは、どのくらいの強さでしたか また、一番困っている症状⇒□に✓をつけてください		全くなかった ←————→ これ以上考えられないほどひどかった 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10													
自覚症状と 評価基準	🔴 痛み	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
	🔴 ねむけ(うとうとした感じ)	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
	🔴 だるさ(つかれ)	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
	🔴 息切れ(息苦しさ)	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
	🔴 食欲不振	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
	🔴 おなかの張り・便秘	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
	🔴 吐き気	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()
🔴 不安・恐れ	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	<input type="checkbox"/>	()	
治療・処置	🔴 オピオイド ある・なし														
	🔴 制吐剤 ある・なし ※詳細は「お薬手帳」に記載														
患者・栄養指導	🔴 副作用説明・生活指導・服薬指導・ 栄養指導・リハビリ・訪問診療・ 訪問看護・介護支援など ※実施者が内容を記載														
患者記入欄 【相談したいこと他】															
Ns サイン															
Dr サイン															
その他サイン															

作成日: / /

婦人科がん緩和ケア連携パス

患者ID: _____ 患者名: _____
 適応基準: _____
 除外基準: _____
 継続指示: 「緊急のときは」を参照

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			
専門医			

【最終目標】	苦痛なく日常生活が送れる	年月日		月日		月日		月日		月日		月日		目標評価
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	
		目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	

以下の症状が一番強いときは、どのくらいの強さでしたか
 また、一番困っている症状⇒□に✓をつけてください

全くなかった ←————→ これ以上考えられないほどひどかった
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

自覚症状と評価基準		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ねむけ(うとうとした感じ)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> だるさ(つかれ)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 息切れ(息苦しさ)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> おなかの張り・便秘	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 不安・恐れ	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

治療・処置	<input type="checkbox"/> オピオイド ある・なし											
	<input type="checkbox"/> 制吐剤 ある・なし											
	※詳細は「お薬手帳」に記載											

患者・栄養指導	<input type="checkbox"/> 副作用説明・生活指導・服薬指導・ 栄養指導・リハビリ・訪問診療・ 訪問看護・介護支援など ※実施者が内容を記載											
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

患者記入欄 【相談したいこと他】												
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ns サイン												
Dr サイン												

その他サイン												
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

作成日: / /

がん性疼痛

患者ID: _____ 患者名: _____
 適応基準: _____
 除外基準: _____

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			
専門医			

★決まった時間に使用するお薬(定期使用)


- 内服薬
 薬剤名()を1日1回()錠()時に内服します。
貼り薬
 フェントステープ()mgを1日に1回()時に貼ります、

★痛みが強いときに臨時で使用するお薬(レスキュー)

- ()mgを1回()包 内服します。
 1時間あけて何回でも内服可能です
 その他

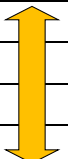
★継続指示 及び 特記事項

- はきけがあったら()内服
 便秘のときは()内服
 急変したとき()へ連絡

		年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
		6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0
がん性疼痛	これ以上耐えられないような強い痛み	10																							
		8																							
		6																							
		4																							
		2																							
	全く痛みがない	0																							
投薬	オピオイド(レスキュー)																								
	鎮痛薬		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし		
	オピオイド(定期使用)		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし		
	鎮痛補助薬		あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし		
	※薬剤名は「お薬手帳」参照																								
他の症状	はきけ		なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり		
	便秘		なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり		
	その他()		なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり		
患者記入欄	【相談したいことや臨時使用薬を記入してください】																								
Nsサイン																									
Drサイン																									

作成日: _____ / _____ / _____

	年	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18	0	6	12	18

がん性疼痛 	これ以上耐えられないような強い痛み	10																					
		8																					
		6																					
		4																					
		2																					
	全く痛みがない	0																					

投薬	オピオイド(レスキュー)																					
	鎮痛薬	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	オピオイド(定期使用)	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	鎮痛補助薬	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
	※薬剤名は「お薬手帳」参照																					

他の症状	はきけ	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	便秘	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	その他()	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり

患者記入欄	【相談したいことや臨時使用薬を記入してください】																					
-------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ns サイン																						
Dr サイン																						

作成日: / /

共同診療計画表

『婦人科がん術後内服化学療法連携』

(卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____ 様
 適応基準:
 除外基準:
 継続指示:

施設名	電話番号	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医 (CL)				日に1回
専門医 (HP)				日に1回

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

目標	<input checked="" type="checkbox"/> 支障なく日常生活が送れる <input checked="" type="checkbox"/> 副作用なく治療が継続できる	1コース		2コース		3コース		4コース		5コース		6コース		__コース		__コース	
		HP		□HP	□CL	CL		CL		CL		CL		CL		CL	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診療	症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	病状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	診察所見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	画像検査()	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	画像検査()																
	画像検査()																
	その他																
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	化学療法薬()	○		○		○		○		○		○		○		○	
	()週投()週休																
	緩和療法薬																
指導	食事指導																
	服薬指導																
	生活指導																
	その他																

婦人科がん術後内服化学療法連携 1コース～3コース (□卵巣がん □子宮頸がん □子宮体がん □その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____
 適応基準:
 除外基準:
 継続指示: □食事が入らないとき = 専門医紹介 □腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 □発熱時 (_____) 処方
 □体重減少が続くとき = 専門医紹介 □再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介 □WBC<2000 (_____) 皮下注

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			
専門医			

【最終目標】	化学療法が問題なく行える	1 コース				2 コース				3 コース				月 日
		年 月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		目標 評価
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	
目標	<input type="checkbox"/> 支障なく日常生活が送れる <input type="checkbox"/> 副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
自他覚症状と 判断基準	<input type="checkbox"/> 全身状態(体重) 急激な増減がない <input type="checkbox"/> 全身状態(PS) 0~1 <input type="checkbox"/> 食欲不振がない <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐がない <input type="checkbox"/> 口内炎がない <input type="checkbox"/> その他(_____)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査と 判断基準	<input type="checkbox"/> 血算 (_____) に異常がない <input type="checkbox"/> 生化学検査 (_____) に異常がない <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (_____) に異常がない <input type="checkbox"/> 画像検査 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療・処置	<input type="checkbox"/> □(_____)(_____)週投(_____)週休 <input type="checkbox"/> □お薬手帳に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
患者・栄養指導	<input type="checkbox"/> 内服確認 実施内容を記載 <input type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載 <input type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載 <input type="checkbox"/> その他 実施内容を記載													
Ns サイン														
Dr サイン														
Ph サイン														

婦人科がん術後内服化学療法連携 4コース以降

(卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____

適応基準:

除外基準:

継続指示: 食事が入らないとき = 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 発熱時 (_____) 処方
体重減少が続くとき = 専門医紹介 再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介 WBC<2000 (_____) 皮下注

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			
専門医			

【最終目標】	化学療法が問題なく行える	__コース		__コース		__コース		__コース		月 日
		月 日		月 日		月 日		月 日		目標 評価
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	
目標	<input type="checkbox"/> 支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6
	<input type="checkbox"/> 副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6
自他覚症状と 判断基準	<input type="checkbox"/> 全身状態(体重) 急激な増減がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 全身状態(PS) 0~1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 食欲不振がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 口内炎がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査と 判断基準	<input type="checkbox"/> 血算 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 生化学検査 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 画像検査 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療・処置	<input type="checkbox"/> □(_____)(_____)週投(_____)週休	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> □お薬手帳に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
患者・栄養指導	<input type="checkbox"/> 内服確認 実施内容を記載									
	<input type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載									
	<input type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載									
	<input type="checkbox"/> その他 実施内容を記載									
Nsサイン										
Drサイン										
Phサイン										

作成日: _____ / _____ / _____

共同診療計画表

『婦人科がん内服化学療法連携』

(口卵巣がん 口子宮頸がん 口子宮体がん 口その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____ 様
 適応基準: _____
 除外基準: _____
 継続指示: _____

施設名	電話番号	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医(CL)				日に1回
専門医(HP)				日に1回

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

目標	支障なく日常生活が送れる 副作用なく治療が継続できる	1コース		2コース		3コース		4コース		5コース		6コース		__コース		__コース	
		HP		□HP	□CL	CL		CL		CL		CL		CL		CL	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診療	症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	病状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	診察所見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	画像検査()	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	画像検査()																
	画像検査()																
	その他																
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	化学療法薬()週投()週休	○		○		○		○		○		○		○		○	
	緩和療法薬																
	その他																
指導	食事指導																
	服薬指導																
	生活指導																
	その他																

婦人科がん内服化学療法連携 1コース～3コース

(卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____

適応基準:

除外基準:

継続指示: 食事が入らないとき = 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 発熱時 (_____) 処方

体重減少が続くとき = 専門医紹介 再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介 WBC<2000 (_____) 皮下注

施設名		主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医				
専門医				

【最終目標】	化学療法が問題なく行える	1 コース				2 コース				3 コース				月 日
		年 月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		目標評価
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	
目標	<input type="checkbox"/> 支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6
自他覚症状と判断基準	<input type="checkbox"/> 全身状態(体重) 急激な増減がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 全身状態(PS) 0~1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査と判断基準	<input type="checkbox"/> 血算 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 生化学検査 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 画像検査 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療・処置	<input type="checkbox"/> □(_____)(_____)週投(_____)週休	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> □お薬手帳に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
患者・栄養指導	<input type="checkbox"/> 内服確認 実施内容を記載													
	<input type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載													
	<input type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載													
	<input type="checkbox"/> その他 実施内容を記載													
Ns サイン														
Dr サイン														
Ph サイン														

婦人科がん内服化学療法連携 4コース以降

(卵巣がん 子宮頸がん 子宮体がん その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____

適応基準:

除外基準:

継続指示: 食事が入らないとき = 専門医紹介 腫瘍マーカー上昇時 ⇒ 専門医紹介 発熱時 (_____) 処方

体重減少が続くとき = 専門医紹介 再発が疑われるとき ⇒ 専門医紹介 WBC<2000 (_____) 皮下注

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			
専門医			

【最終目標】	化学療法が問題なく行える	__コース		__コース		__コース		月 日	
		月 日		月 日		月 日		目標 評価	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ		はい
目標	<input type="checkbox"/> 支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6
	<input type="checkbox"/> 副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6
自他覚症状と 判断基準	<input type="checkbox"/> 全身状態(体重) 急激な増減がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 全身状態(PS) 0~1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他(_____)がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査と 判断基準	<input type="checkbox"/> 血算 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 生化学検査 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 画像検査 (_____) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療・処置	<input type="checkbox"/> □(_____)(_____)週投(_____)週休	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> □お薬手帳に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
患者・栄養指導	<input type="checkbox"/> 内服確認 実施内容を記載								
	<input type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載								
	<input type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載								
	<input type="checkbox"/> その他 実施内容を記載								
Ns サイン									
Dr サイン									
Ph サイン									

作成日: _____ / _____ / _____

共同診療計画表

『婦人科がん点滴化学療法連携』（口卵巣がん □子宮頸がん □子宮体がん □その他の婦人科腫瘍）

患者ID: _____ 患者名: _____ 様
 適応基準:
 除外基準:
 継続指示:

施設名	電話番号	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医(CL)				日に1回
専門医(HP)				日に1回

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

目標	支障なく日常生活が送れる 副作用なく治療が継続できる	1コース			2コース			3コース			4コース			5コース			6コース			__コース			__コース		
		HP	CL	□HP □CL	HP	CL	□HP □CL	HP	CL	□HP □CL	HP	CL	□HP □CL	HP	CL	□HP □CL	HP	CL	□HP □CL	HP	CL	□HP □CL	HP	CL	□HP □CL
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診療	症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	病状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	診察所見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	画像検査()	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	画像検査()																								
	画像検査()																								
	その他																								
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	化学療法薬()	○			○			○			○			○			○			○			○		
	()週投()週休																								
	緩和療法薬																								
指導	食事指導																								
	服薬指導																								
	生活指導																								
	その他																								

婦人科がん点滴化学療法連携 1コース～2コース (□卵巣がん □子宮頸がん □子宮体がん □その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____
 適応基準: _____
 除外基準: _____
 継続指示: □発熱時 (_____) 処方□WBC<2000 (_____) 皮下注 (_____)

施設名		主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医				
専門医				

【最終目標】	化学療法が問題なく行える。	1コース						2コース						月 日	
		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日			目標 評価
		治療日		10日前後		20日前後		治療日		10日前後		20日前後			
はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ		
目標	支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
	副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ 6	
自他覚症状と 判断基準	急激な体重変化がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	全身倦怠感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	悪心・嘔吐がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	食欲不振がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	口内炎がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	皮疹がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	浮腫がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	その他()がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
検査と 判断基準	血算 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	生化学検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	腫瘍マーカー () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	画像検査 () に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
治療・処置	レジメン : ()														
	併用薬確認 : ()														
	併用薬確認 : ()														
	併用薬確認 : ()														
患者・栄養指導	副作用説明 実施内容を記載														
	生活指導 実施内容を記載														
	自己管理指導 実施内容を記載														
	その他 実施内容を記載														
Ns サイン															
Dr サイン															
Ph サイン															

婦人科がん点滴化学療法連携 3コース以降 (□卵巣がん □子宮頸がん □子宮体がん □その他の婦人科腫瘍)

患者ID: _____ 患者名: _____
 適応基準: _____
 除外基準: _____
 継続指示: □発熱時 (_____) 処方 □WBC<2000 (_____) 皮下注

施設名	主治医	受持ち看護師	通院頻度
かかりつけ医			
専門医			

【最終目標】	化学療法が問題なく行える。	__コース						__コース						月 日	
		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日			目標評価
		治療日		10日前後		20日前後		治療日		10日前後		20日前後			
はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ		
目標	<input type="checkbox"/> 支障なく日常生活が送れる <input type="checkbox"/> 副作用なく治療が継続できる													/ 6	
														/ 6	
自他覚症状と判断基準	<input type="checkbox"/> 急激な体重変化がない														
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感がない														
	<input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐がない														
	<input type="checkbox"/> 食欲不振がない														
	<input type="checkbox"/> 口内炎がない														
	<input type="checkbox"/> 皮疹がない														
	<input type="checkbox"/> 浮腫がない														
	<input type="checkbox"/> その他(_____)がない														
検査と判断基準	<input type="checkbox"/> 血算 (_____) に異常がない														
	<input type="checkbox"/> 生化学検査 (_____) に異常がない														
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (_____) に異常がない														
	<input type="checkbox"/> 画像検査 (_____) に異常がない														
治療・処置	<input type="checkbox"/> レジメン : (_____)														
	<input type="checkbox"/> 併用薬確認 : (_____)														
	<input type="checkbox"/> 併用薬確認 : (_____)														
	<input type="checkbox"/> 併用薬確認 : (_____)														
患者・栄養指導	<input type="checkbox"/> 副作用説明 実施内容を記載														
	<input type="checkbox"/> 生活指導 実施内容を記載														
	<input type="checkbox"/> 自己管理指導 実施内容を記載														
	<input type="checkbox"/> その他 実施内容を記載														
Ns サイン															
Dr サイン															
Ph サイン															

点滴化学療法連携の注意点

Grade分類

Grade	0	1	2	3	4
全身倦怠感	無	軽い疲労	日常生活の一部に困難を感じる	日常生活に支障あり	活動不能
悪心・嘔吐	無	食欲低下 回/日の嘔吐	経口摂取の低下 2～5回/日の嘔吐	輸液・栄養管理を要する 6回/日以上嘔吐	生命を脅かす
食欲不振	無	食欲低下	経口栄養剤が必要	体重減少・ 栄養失調を伴う	生命を脅かす
口内炎	無	紅斑	斑状潰瘍 または 偽膜	わずかな外傷で出血	壊死、自然出血 生命を脅かす
皮疹	無	紅斑 自覚症状を伴わない	紅斑、腫脹 掻痒や疼痛を伴う	日常席活に支障を伴う 紅斑、腫脹	自然出血 生命を脅かす

抗がん剤 減量・中止基準

WBC	<3,000
好中球	<3,000
Plts	<100000
Cr	>ULNm _g /dl
GOT	>ULNx2IU/l
GPT	>ULNx2IU/l
T-Bil	>ULNx2mg/dl
下痢	治療前に比べ4回以上の排便回数の増加
口内炎	疼痛を有する紅斑、浮腫、潰瘍 摂食、嚥下困難
嘔吐	24時間あたり1～5回の嘔吐
食欲不振	経口摂取の著明な低下
以上の症状・所見が出現したら速やかに当院に連絡、 または外来に受診させてください	

医療者からのメッセージ・特記事項		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		

医療者からのメッセージ・特記事項		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		

医療者からのメッセージ・特記事項		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		

医療者からのメッセージ・特記事項		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		
年	月	日 病院・施設名
記入者名		

患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと

年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]
年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]
年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]
年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]

患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと

年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]
年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]
年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]
年 月 日	
医療者 コメント	[サイン]

患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

患者さん・家族から医療者へ伝えたいこと

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

年 月 日	

医療者 コメント	[サイン]
-------------	-------

連携中の日常生活について

【安静と運動】

過労にならないよう注意が必要ですが、過度に安静にする必要はありません。適度な運動をお勧めします。適度な運動として、1日30分程度の散歩は如何でしょう。



【食事】

穀物を中心に野菜を多くとって下さい。なんでもバランスよく食べて下さい。脂肪のとりすぎは注意しましょう。タンパク質は動物性(肉など)よりも植物性(大豆、豆腐など)のものが良いようです。刺激物もとりすぎには注意しましょう。



【アルコール】

アルコール禁止の方がいます。主治医の先生に飲酒可能かどうか質問して下さい。



【風呂】

シャワーに比べお風呂に入るには体力を要します。熱い風呂、長風呂は避けて下さい。食後1時間は入浴を避けましょう。



【旅行】

基本的に禁止するものではありません。ただし、無理のないスケジュールで。ご心配であれば、旅行可能か主治医の先生に尋ねて下さい。



胃がん

つかえ感	よくかんで食べましょう。 ゆっくり時間をかけて食べて下さい。
逆流症状	寝る前に食事をしないようにしましょう。 横になるときは頭を高くしましょう。 食事の量を減らしましょう。
ダンピング症状	食事の量を減らしましょう。ゆっくり食べましょう。
小胃症状	食事を分けて、回数を多くしましょう。 1年すると体が適応してきます。

大腸がん

腹部膨満感	ガス、便が溜まっています。 強い痛みや吐き気があれば医師に相談しましょう。
下痢・便秘	術後の消化吸収障害や腸の癒着が原因です。 規則正しい食事をし、暴飲暴食を避けるようにしましょう。
排尿障害	尿が少なくなり、発熱することがあります。 水分摂取を心がけましょう。 尿が出なかったり、発熱が続くときは医師に相談して下さい。

乳がん

浮腫	手術側の手が腫れること(浮腫)があります。 医師に相談し、マッサージやストッキングなど対応方法を習得しましょう。
乳房の自己触診	月経が終わって1週間以内の乳房の柔らかい時や、閉経後の方は月1回程度、日を決めて行います。 入浴の際に、鏡の前や浴室で石鹸のついた手で触れるとしこりが分かりやすくなります。

肺がん

胸痛・呼吸困難	胸に水が溜まること(胸水)があります。深呼吸すると胸が痛い、体動時に息苦しいなどの症状があるときは医師に相談しましょう。
---------	--

肝がん

食欲低下	焦らずに食べたいものを探しましょう。食欲低下が続くときは医師に相談しましょう。
黄疸	尿の色が濃い、目が黄色い、皮膚が痒いときは医師に相談しましょう。

前立腺がん

全般的注意事項	適度な運動・バランスの良い食事を摂取しましょう。転倒しないように靴や衣服の調整をしましょう。転倒しないように注意して歩きましょう。
骨痛	無理な運動はひかえ、医師に相談しましょう。
尿失禁・排尿困難	骨盤底筋体操をしましょう。改善がなければ医師に相談しましょう。
ホットフラッシュ (発汗・ほてり) 乳房の痛み	医師に相談しましょう。
肛門痛・血便	硬い物や繊維の多い野菜などは控えましょう。ビタミンなどはジュースで補充しましょう。改善がなければ医師に相談しましょう。

婦人科がん(卵巣がん、子宮頸がん、子宮体がん)

腹部膨満感	腹水貯留や腸閉塞の恐れがありますので、症状が続くときは医師に相談して下さい。
下肢の浮腫	下肢のリンパ浮腫や腎機能低下の恐れがありますので、症状が持続するときは医師に相談して下さい。
性器出血	医師に相談しましょう。

化学療法中

口内炎	口腔内を清潔に保ちましょう。定期的に粘膜保護用のうがい薬を使用しましょう。痛みが持続するときは医師に相談しましょう。
食欲低下	食欲低下が数日続くとき、体重が減少するときは医師に相談しましょう。
下痢・便秘	下痢や便秘が続くとき、食事が入らないとき、体重が減少するときは医師に相談しましょう。
発熱	38℃以上の高熱がみられたときは医師に相談しましょう。
皮疹	皮膚に発赤疹、腫れ、掻痒感がみられたら医師に相談しましょう。

緩和ケア・在宅ケア

身体的な症状	がんによる身体的な症状として、がん性疼痛、呼吸困難感、吐き気、全身倦怠感、食欲低下、体重減少などさまざまな症状があります。全ての症状はお薬を組み合わせることでかなり軽減されます。症状を我慢せず、遠慮無く医師に相談して下さい。
心理的・精神的な症状	心理的・精神的な症状として、からだのだるい、気分が優れない、意欲がない、不安な気分、考えがまとまらない、興味が持てない、不眠、いらつき、焦りなど様々な症状があります。お困りなことは何でも遠慮無く、医師やスタッフに相談して下さい。
社会的・経済的な問題	医療費のこと、入院や自宅療養のこと、家庭のこと、経済的なこと、仕事上のこと、相続のことなどお困りになっていませんか。いつでも遠慮無く相談して下さい。医療スタッフみんなで対応します。

がんサロンのご案内

がんサロンはこんな場所・・・

- ◇患者仲間で安らぐための空間
- ◇対話をとおして患者・家族の不安や孤独化を緩和する場所
- ◇よりよく過ごすきっかけを自分のペースで見つける場所
- ◇がん医療に対する情報交換をする場所

がんサロンネット

開催：毎月第3火曜日 12：00～
場所：熊本大学医学部附属病院内
山崎記念館
*がんサロン間の情報交換をしています！



玉名がんサロン

開催：毎月第3木曜日
11：00～13：00
場所：「もちの木」
玉名市岱明町下前原845
会費：500円（食事代）
連絡先：090-7180-9681
池田勇二
*現在お休み中



熊本がんサロン

開催：毎月第3火曜日
10：00～12：00
場所：熊本大学医学部附属病院内
山崎記念館
対象：がん患者・家族・支援専門家
連絡先：熊本大学医学部附属病院
がん相談支援室
096-373-5676（直通）



金峰山がんサロン

～できたしこ ぼちぼちいこう
楽遊彩～
開催：毎月第2水曜日
11：00～13：00
場所：熊本市河内町岳
1844-416
会費：500円（食事代）
連絡先：090-447-5368
河喜多はるみ



八代がんサロン

“秋桜cosmos”
開催：毎月第2水曜日
13：00～15：00
場所：熊本労災病院
連絡先：熊本労災病院
がん相談窓口
（1階：エスカレーター下）
0965-33-4151（内線292）



湖東がんサロン

～もくせい～
開催：毎月第4火曜日
13：00～15：00
場所：熊本市立熊本市市民病院
北棟7階 多目的室
連絡先：熊本市市民病院 地域連携室
096-365-1864（内線3200）



済生会がんサロン

～なでしこ～
開催：毎月第1水曜日
13：30～
場所：済生会熊本病院
連絡先：済生会熊本病院
医療相談室
096-351-1022



二の丸がんサロン

開催：毎月第1金曜日
13：00～15：00
場所：国立病院機構
熊本医療センター2階研修室
連絡先：国立病院機構
熊本医療センター
096-353-6501（代）



くま川がんサロン

開催：毎月第3水曜日
13：00～14：00
場所：健康保険人吉総合病院
多目的室（2階リハビリ室横）
連絡先：健康保険人吉総合病院
相談支援センター
0966-22-2191



長嶺がんサロン

CROSS（クロス）
開催：毎月第4水曜日
10：00～12：00
場所：熊本赤十字病院
連絡先：熊本赤十字病院
がん相談支援センター
096-384-2111（内線6190）



菊池がんサロン

～しいの木～
開催：毎月5日
10：00～12：00
場所：菊池市七城町
山崎112
会費：300円（茶菓子代含）
連絡先：090-7269-4173
田村直美



上天草がんサロン ～アクアマリン～

開催：毎月第4金曜日
13：30～15：00

場所：上天草総合病院
連絡先：上天草総合病院
0969-62-1122（代）



産山がんサロン

開催：不定期
(2ヶ月に1回程度)

場所：産山村高齢者支援センター
連絡先：産山村役場住民課保健師
0967-25-2211（代）



新屋敷がんサロン ～ほほえみ～

開催：毎月第2火曜日
14：00～16：00

場所：くまもと森都総合病院
(旧NTT西日本九州病院)
西棟3階多目的室
連絡先：くまもと森都総合病院
地域医療連携室
096-364-6000（代）



有明がんサロン ～樹の家～

開催：毎月第3火曜日
13：00～15：00

場所：西原クリニック先
ログハウス
連絡先：西原クリニック
0968-62-0622（代）



御船がんサロン ～いきいき茶論～

開催：毎月第4金曜日
10：00～12：00

場所：御船町保健センター 2F
研修室
連絡先：御船がんサロン世話人会
090-7533-4944（馬場）



帯山がんサロン

開催：毎月第2土曜日
13：30～15：30

場所：高野病院
連絡先：高野病院
096-384-1011（代）



がんサロン再春

開催：毎月第3木曜日
13：30～15：30

場所：熊本再春荘病院
研修センター内
連絡先：熊本再春荘病院
地域連携室
096-242-1000（代）



くまちゅうがんサロン ～クローバー～

開催：毎月第2金曜日
13：00～15：00

場所：熊本中央病院
連絡先：熊本中央病院
096-370-3111（代）



働き&子育て世代のための がんサロン

開催：8月4日（土）9月15日（土）
14：00～16：00

場所：ウェルパークくまもと
連絡先：熊本市保健所医療政策課
096-364-3186



出水南がんサロン

開催：毎月第2木曜日
19：00～21：00

場所：熊本市中央区出水6-22-18
会費：300円（茶菓子・通信費）
連絡先：096-379-3791（自宅）
(まつだようこ)



荒尾がんサロン ～ひまわり～

開催：毎月第2火曜日
13：00～14：00

場所：荒尾市民病院
正面玄関右横
(患者図書室「けやき」)
参加費：200円（お茶代・通信費）
連絡先：荒尾市民病院 相談支援
センター 0968-63-1115（代）



がん診療連携パスに関する説明書・同意書

平成 年 月 日

病院 科

説明者（担当医師名）

（担当者）

私は、患者 様の、今後の診療とがん診療連携パスについて
下記の如く説明いたしました。

1. 目的	<p>熊本県では、患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス（連携パス）」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、各々の患者さんにとって現時点で一番よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に納得していただいた上で、医療者（医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカーなど）が協力して診療にあたります。当院ではこの「連携パス」を用いて地域の病院や診療所と協力して、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供したいと考えています。</p> <p>患者さん・ご家族を中心に、関係する医療者が、診療方針や検査結果などを知った上で、協力体制をつくります。患者さんには「私のカルテ」と「お薬手帳」を利用させていただきます。</p>
2. 方法	<p>当院と、地域のかかりつけの医療機関（病院や診療所）と共同して、役割分担をしながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投薬などを担当し、当院が節目の診察・検査を行います。病状が急に変わった時や、なんらかの問題が生じた時に備え、24時間365日対応し安心できる体制を作っています。又、かかりつけ医や、当院から電話等でお問い合わせの連絡をさせて頂く場合があります。</p>
3. 期待されること	<p>「連携パス」を使用してかかりつけの医療機関と連携することで、患者さんの主治医が複数になります。異常の早期発見やきめ細かい対応が可能になります。患者さんや、家族の日々の相談も、もっとお聞きできるようになると考えます。日常生活のなかで安心して治療することが可能となります。</p>
4. 同意と撤回	<p>私たちは、「連携パス」が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているか吟味し、利用された方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さん・ご家族と十分相談しながら、運用をすすめて参ります。途中で中止されてもかまいません。中止されたからといってなんら不利益を受けることはございません。</p>
5. 負担	<p>「がん診療連携パス（連携パス）」を使用することで、有害な事が生じることはありません。また、医療機関によっては、保険診療上、自己負担が生じる可能性があります。</p>
6. 紛失	<p>「私のカルテ」は患者さんご自身のものです。紛失の責任はご自身にあります。個人情報ですので紛失されないようご注意ください。</p>
7. 質問の自由	<p>ご不明の点や心配があれば、いつでもご相談下さい。</p>

私は地域連携診療の目的や方法などについて上記の説明を受け、十分に理解した上で、この地域連携診療に参加することに同意します。

平成 年 月 日 患者氏名

家族等氏名 続柄（ ）

