

共同診療計画表① 『がん治療後（術後）サーベイ連携』 汎用型 がん種 ( ) ※5大がん（胃・大腸・肺・乳・肝）、前立腺がん、子宮・卵巣がんは除く

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)				( )ヶ月に1回
専門医(HP)				( )ヶ月に1回

【最終目標】 ( )年間再発がなく、QOLが維持できる。

目標	🚩 QOLが維持できている 🚩 再発がない 🚩 後遺症が管理できている	HP	□HP□CL	□HP□CL	□HP□CL	HP	□HP□CL	□HP□CL	□HP□CL	HP	□HP□CL	□HP□CL
		連携開始時 ( )ヶ月毎 月 日	6ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	12ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	18ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	24ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	30ヶ月 月 日	
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 ( )	○		(○)		○		(○)		○		(○)
										○		
	その他 ( )	○				○				○		
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	化学療法薬	○				○				○		
	緩和療法薬	○				○				○		
指導	食事指導	○		(○)		○		(○)		○		(○)
	服薬指導	○		(○)		○		(○)		○		(○)
	生活指導	○		(○)		○		(○)		○		(○)
	その他	○		(○)		○		(○)		○		(○)

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)					( )ヶ月に1回
専門医(HP)					( )ヶ月に1回

【最終目標】 ( )年間再発がなく、QOLが維持できる。

目標	🚩 QOLが維持できている 🚩 再発がない 🚩 後遺症が管理できている	CL	HP	CL	□HP□CL	CL	HP	CL	□HP□CL	CL	HP	
		( )ヶ月毎 月 日	36ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	42ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	48ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	54ヶ月 月 日	( )ヶ月毎 月 日	60ヶ月 月 日	
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 ( )		○		(○)		○		(○)		○	
	その他 ( )		○				○				○	
投薬	一般薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	化学療法薬		○				○				○	
	緩和療法薬		○				○				○	
指導	食事指導		○		(○)		○		(○)		○	
	服薬指導		○		(○)		○		(○)		○	
	生活指導		○		(○)		○		(○)		○	
	その他		○		(○)		○		(○)		○	

連携パス記入表

がん治療後(術後)サーベイ連携(汎用型)

がん種 (

) ※5大がん(胃・大腸・肺・乳・肝)、前立腺がん、子宮・卵巣がん は除く

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

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

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

【最終目標】	( )年間再発がなく、QOLが維持できる。	年 月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		目標 評価
		連携開始時		( )ヶ月後		( )ヶ月後		( )ヶ月後		( )ヶ月後		( )ヶ月後		
		HP		□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	□HP □CL	
		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 checked="" type="checkbox"/> 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"/>	/ 6
	<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"/>	/ 6
	<input checked="" type="checkbox"/> 後遺症が管理できている	<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"/>	/ 6
自他覚症状と 判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 体重の急激な増減 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である	<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 checked="" type="checkbox"/> 血圧・体温 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"/> 食事の摂取・排泄 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"/> 再発の兆候 ( ) 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"/> 後遺症 ( ) 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1 ( ) 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2 ( ) 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 checked="" type="checkbox"/> 生化学検査 ( ) に異常がない	<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 checked="" type="checkbox"/> 画像検査1 ( ) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 画像検査2 ( ) に異常がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	
	その他 ( ) に異常がない	<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	服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	
	生活指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	(□)(□)	
	その他													
Ns サイン														
Dr サイン														

特記事項

作成日: / /

連携バス記入表

がん治療後(術後)サーベイ連携(汎用型)

がん種 (

) ※5大がん(胃・大腸・肺・乳・肝)、前立腺がん、子宮・卵巣がん は除く

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

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

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

【最終目標】	( )年間再発がなく、QOLが維持できる。	年 月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		目標 評価	
		( )ヶ月後		( )ヶ月後		( )ヶ月後		( )ヶ月後		( )ヶ月後		( )ヶ月後			
		HP		□HP	□CL	□HP	□CL	□HP	□CL	□HP	□CL	□HP	□CL		□HP
		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 checked="" type="checkbox"/> 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"/>	/ 6	
	<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"/>	/ 6	
	<input checked="" type="checkbox"/> 後遺症が管理できている	<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"/>	/ 6	
自他覚症状と 判断基準	<input checked="" type="checkbox"/> 体重の急激な増減 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である	<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 checked="" type="checkbox"/> 血圧・体温 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"/> 食事の摂取・排泄 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"/> 再発の兆候 ( ) 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"/> 後遺症 ( ) 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1 ( ) 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2 ( ) 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"/> 画像検査1 ( ) 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"/> 画像検査2 ( ) 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"/>		
	その他 ( ) 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	服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活指導		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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															
Ns サイン															
Dr サイン															

特記事項

作成日: / /