

千葉県共用がん地域医療連携パス<大腸がん>(診療経過表-1)  
平成29年9月版

ID		性別	
患者氏名		生年月日 (年齢)	
患者住所			

計画策定 病院名		担当医名	
病院住所		連絡先	
連携医療 機関名		担当医名	
病院住所		連絡先	

現病歴(診療情報提供書)

千葉県共用がん地域医療連携パス<大腸がん>(診療経過表-2)  
平成29年11月版

日付	受診病院	病院名	患者の状態	コメント	医師署名
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定 病院 <input type="checkbox"/> 連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定 病院 <input type="checkbox"/> 連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定 病院 <input type="checkbox"/> 連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定 病院 <input type="checkbox"/> 連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定 病院 <input type="checkbox"/> 連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	

**千葉県共用がん地域医療連携パス<大腸がん>(診療経過表-3)**  
平成29年11月版

日付	受診病院	病院名	患者の状態	コメント		医師署名
年月日 術後 ヵ月日	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>		
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>		
年月日 術後 ヵ月日	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>		
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>		
年月日 術後 ヵ月日	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>		
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>		
年月日 術後 ヵ月日	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>		
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>		
年月日 術後 ヵ月日	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>		
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>		

千葉県共用がん地域医療連携パス<大腸がん>(診療経過表-3)

平成29年11月版

日付	受診病院	病院名	患者の状態	コメント	医師署名
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	
年月日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(右記に記載)</small>	
			腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <small>(右記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(右記に記載)</small>	