

千葉県共用がん地域医療連携パス 診療計画表 No.1  
 (子宮頸がん A1期/子宮全摘術後/経過観察)

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

患者氏名 (ID )	様	生年月日・性別	MTSH ____年__月__日 ( ____歳) 男・女
---------------	---	---------	----------------------------------

入院中(入院日: ____年__月__日)		退院後 (退院日: ____年__月__日)																																					
計画策定病院	入院中の治療	子宮全摘術 リンパ節郭清あり リンパ節郭清なし  (手術日: ____年__月__日)	経過	1 ヶ 月	2 ヶ 月	3 ヶ 月	4 ヶ 月	5 ヶ 月	6 ヶ 月	7 ヶ 月	8 ヶ 月	9 ヶ 月	10. ヶ 月	11. ヶ 月	1 年	1 ヶ 月	2 ヶ 月	3 か 月	1 年	4 ヶ 月	1 年	5 ヶ 月	1 年	6 か 月	1 年	7 ヶ 月	1 年	8 ヶ 月	1 年	9 か 月	1 年	10. ヶ 月	1 年	11. ヶ 月	1 年	2 年			
		受診		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	
		計測	体重・血圧		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
		臨床 症状	全身症状・下腹痛 性器出血等		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
		退院後の 目標	入院緩和治療	内診 (又は直腸診)		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	その他療法			腫瘍断端部細胞診		( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
検査	経膈超音波			( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	腫瘍マーカー (SCC)			( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	血液検査			( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
		造影CT(胸部～骨盤)						( )																															

は、計画策定病院で診療します。

は、連携医療機関で診療します。( に変更し、計画策定病院で診療する場合があります。)

( )は、状況に応じて診療します。

私は、子宮頸がんの診療計画について説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。

平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 お名前 \_\_\_\_\_(本人・家族)



千葉県共用がん地域医療連携パス  
子宮頸がん A1期/子宮全摘術後/経過観察 (診療経過表-1)

患者氏名	(ID )	生年月日(年齢)・性別	M T S H ____年__月__日( __歳) 男・女
職業		身長・体重	_____cm ・ _____kg

計画策定病院	医師氏名	アレルギー歴	
	連絡先		
連携医療機関	医師氏名	禁忌薬	
	連絡先		

入院時情報	入院日	平成____年__月__日	既往歴	
	発症日	平成____年__月__日		
	併発疾患			

入院中の経過	手術日	平成____年__月__日
	術式	子宮全摘術 両側付属器切除    なし    あり 骨盤内リンパ節郭清    なし    あり
	臨床進行期分類	A1期
	特記事項	

退院時情報	退院日	平成____年__月__日
	副作用歴	なし    あり(薬剤名_____)
	感染症	なし    あり(具体的に_____)
	退院時指導	(必要時記載)
	退院後の経過観察の要点	(必要時記載)
	今後の治療	(必要時記載)
	処方内容	

適用時情報	パス開始日	平成____年__月__日	適用条件	・ A1期 扁平上皮癌 ・ 脈管侵襲なし ・ 遠隔転移なし ・ 切除断端陰性 ・ 追加治療なし
	がん治療連携計画策定料 算定の有無	有    無		

千葉県共用がん地域医療連携パス  
子宮頸がん A1期/子宮全摘術後/経過観察 (診療経過表-2)

氏名( )

通院医療機関名	(計画策定病院)	(連携医療機関)				
手術後経過 (手術日 平成__年__月__日) (退院日 平成__年__月__日)	手術後 __ヶ月 __月__日	手術後 __ヶ月 __月__日	手術後 __ヶ月 __月__日	手術後 __ヶ月 __月__日	手術後 __ヶ月 __月__日	手術後 __ヶ月 __月__日
患者の受診場所	計画策定病院 連携医療機関	計画策定病院 連携医療機関	計画策定病院 連携医療機関	計画策定病院 連携医療機関	計画策定病院 連携医療機関	計画策定病院 連携医療機関

連計画策定病院または携医療機関	診察測定	体重 (体重増減)	__kg (+・- __kg)					
		血圧	/ mmHg					
	臨床症状	全身状態	良好 不良					
		下腹痛	無し 有り					
		性器出血	無し 有り					
	検査	断端細胞診	陰性 陽性					
		内診 (又は直腸診)	正常 異常					
		経膈超音波	正常 異常					
		腫瘍マーカー						
		SCC (ng/ml)						
血液検査		正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	
その他( )		正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	正常 異常 ( ) ( )	
治療	造影CT(胸部～骨盤)	正常 異常	正常 異常	正常 異常	正常 異常	正常 異常	正常 異常	
	処方内容							
	バリエーション	無し 有り	無し 有り	無し 有り	無し 有り	無し 有り	無し 有り	
	特記事項(経過記録)							
診療情報の提供	無し 有り 提供先	無し 有り 提供先	無し 有り 提供先	無し 有り 提供先	無し 有り 提供先	無し 有り 提供先		
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )		
医師サイン								

達成目標	再発がない 診療計画に沿った定期検診が行える
バリエーション発生時の対応	<b>連携医療機関</b> ・膈断端の細胞診が陽性である ・内診(または直腸診)異常所見がある ・経膈エコーで異常所見がある ・SCCが正常値より上昇がある →計画策定病院へ再紹介する <b>計画策定病院</b> ・CTを含めた検査結果で再発または再発の疑いがある場合 →パスを中止とし、精査または再発の治療を行う 連携医療機関へ情報提供を行う