

千葉県共用がん地域医療連携パス 診療計画表 No.1  
(子宮体がん ステージIA)

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

患者氏名	様 (ID)	生年月日 ・性別	M T S H ____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	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	2年	
			<input checked="" type="checkbox"/> 子宮全摘術 <input type="checkbox"/> リンパ節郭清あり <input type="checkbox"/> リンパ節郭清なし (手術日: ____年__月__日)	受診	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)
	<input type="checkbox"/> 化学療法	計測	体重・血圧	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●
	<input type="checkbox"/> 放射線治療	臨床症状	全身症状・下腹痛 性器出血等	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●
	<input type="checkbox"/> 入院緩和治療	検査	内診 (又は直腸診)	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●
	<input type="checkbox"/> その他療法		腔断端部細胞診	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●
			腫瘍マーカー	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●
			血液検査	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●
			経膈超音波	(●)	●	(●)	○	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●	(○)	(○)	○	(○)	(○)	●
			単純CT(胸部～骨盤) 担当医の判断で実施						●						●						●						●

- 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、子宮体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  
 〈子宮体がん ステージ I A〉(診療経過表-1) 2018/11/15 版

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 後腹膜リンパ節郭清 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 両側付属器切除 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	手術進行期分類	<input type="checkbox"/> I A期
	組織型	<input type="checkbox"/> 類内膜腺癌
	組織学的分化度	<input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2
	特記事項	

退院時情報	退院日	平成____年__月__日
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名_____)
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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
	がん治療連携計画策定料算定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

・子宮体癌の術後再発リスク分類が低リスク群  
 (類内膜腺癌G1あるいはG2で筋層浸潤1/2以内  
 頸部浸潤なし、腹腔細胞診陰性、脈管侵襲なし  
 遠隔転移なし)  
 ・切除断端陰性  
 ・追加治療なし

**千葉県共用がん地域医療連携パス**  
**〈子宮体がん ステージ I A〉(診療経過表-2) 2018/11/15版**

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__日	手術後 __ヶ月__日	手術後 __ヶ月__日	手術後 __ヶ月__日	手術後 __ヶ月__日	手術後 __ヶ月__日
患者の受診場所	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関

連 計 画 策 定 病 院 ま た は 携 帯 医 療 機 関	診 察 測 定	体重 (体重増減)	__kg (+・- __kg)	__kg (+・- __kg)	__kg (+・- __kg)	__kg (+・- __kg)	__kg (+・- __kg)	__kg (+・- __kg)	
		血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	
	臨 床 症 状	全身状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
		下腹痛	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
		性器出血	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	検 査	断端細胞診	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
		内診 (又は直腸診)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
		経膈超音波	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
		腫瘍マーカー							
		血液検査	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )
その他( )		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )	
CT(胸部～骨盤)		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
治 療	処方内容								
	バリエーション	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
	特記事項(経過記録)								
診 療 情 報 の 提 供	診療情報の提供	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 提供先 ( )	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 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 ・腫瘍マーカー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