

千葉県共用がん地域医療連携パス＜胃がん＞（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<胃がん>(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
退院 年月日	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重 Kg	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重 Kg	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		

千葉県共用がん地域医療連携パス<胃がん>(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
退院 年月日	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		
年月日 術後 カ月目	□計画策定 病院 □連携医療 機関		全身状態 その他 体重(Kg)	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり (右記に記載)		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF <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 (右記に記載)		