

私のカルテ



受診時には必ずお持ちください

お名前：

病院名：

©NARA pref

奈良県

奈良県大腸がん連携パス

(術後補助化学療法 ユーエフティー / ユーゼル)

【目次】

★ 私の情報	1
★ はじめに 連携パスについて	2
★ 手術の記録	3
★ 退院後の日常生活について	4
★ 退院後の食生活について	6
★ 退院後もこれだけは忘れずに!	7
★ 術後補助化学療法について	8
★ 副作用のおはなし	10
★ おくすりの服用について	16
★ 服薬記録について	18
★ ユーエフティー / ユーゼルの服薬記録	20
★ おくすりの飲み合わせについて	22
★ 大腸がん術後連携パス	24
★ 決定した連携医療機関の一覧	36
★ 病院の相談窓口	37
★ この連携パスの説明、同意書	38
★ 連絡メモ	39
★ 薬剤貼付用紙	42
★ 検査貼付用紙	46

私の情報

名前			
生年月日	西暦	年 月 日	血液型 型 Rh ()
住所			
電話			
緊急時 連絡先 (1)	連絡する人の名前		(本人との関係)
	電話番号		
緊急時 連絡先 (2)	連絡する人の名前		(本人との関係)
	電話番号		
かかった 病気	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
	心臓の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
	肝臓の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
	腎臓の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
	胃腸の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
	高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()
かかっ て いる 医療者	かかりつけ医	_____ 医院	名前 _____ ☎ _____
	専門医師	_____ 病院	名前 _____ ☎ _____
	がん支援担当者	_____ 病院	名前 _____ ☎ _____
	訪問看護師	_____ ステーション	名前 _____ ☎ _____
	調剤薬局	_____ 薬局	名前 _____ ☎ _____
	その他	_____	_____ ☎ _____

※あなたの大切な情報です。患者様ご本人がご記入ください。

【はじめに ～連携パスについて～】

連携パスとは、地域のかかりつけ医と当病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、双方の医師が協力して、あなたの治療を行います。

大腸がんの手術を受けられた方は術後5年間、定期検査を受ける必要があります。また、比較的早期に発見された患者さんは、一般的に術後の抗がん剤治療を行う必要はないとされていますが、再発の危険性はゼロではなく、そのためにも定期的な検査が必要です。

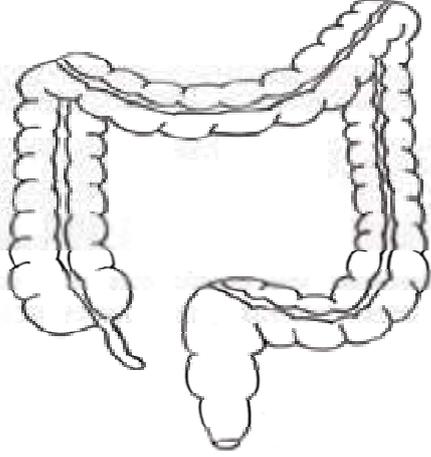
病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は当病院が行いますので、何か心配事がある場合には、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて当病院を受診していただきます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は当病院までご連絡ください。

この「**連携パス**」を活用することで、当病院と地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。

病院 電話

(代表)

手術記録

手術日	平成	年	月	日
アプローチ	<input type="checkbox"/> 開腹		<input type="checkbox"/> 腹腔鏡	
術式	<input type="checkbox"/> 回盲部切除 <input type="checkbox"/> 右半結腸切除 <input type="checkbox"/> 横行結腸切除 <input type="checkbox"/> 左半結腸切除 <input type="checkbox"/> S状結腸切除 <input type="checkbox"/> 前方切除 <input type="checkbox"/> 低位前方切除 <input type="checkbox"/> 腹会陰式直腸切断 <input type="checkbox"/> ハルトマン術 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
郭清	D0 ・ D1 ・ D2 ・ D3			
術後合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
切除範囲 と再建				
進行度	深達度： M ・ SM ・ MP ・ SS ・ SE ・ SI ・ A ・ AI N <input type="checkbox"/> （リンパ節転移個数 / ） H <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> St : 0 I II IIIA IIIB IV			

【退院後の日常生活について】

★ 手術後におこりやすい症状について

大腸を切除したために栄養吸収や食事摂取量の低下，それらに伴う体重減少などのトラブルはほとんどありません。しかし排便習慣は術前と変わってしまいます。術後1～2ヶ月間はやや軟便の状態となることが多いですが、その後便秘気味になる場合もあります。

一方直腸を切除した場合には、便をためる能力と便を押し出す能力が低下するため、1回の便量が減少し、排便の回数が増加したり、1回で全てできらず、残便感があるなどの排便機能障害をきたします。骨盤神経の近くの手術では、尿意を感じる事が鈍くなったり、いきんでも尿が出にくくなることもあります。多くは次第に軽快します。

また、小腸や大腸の癒着（ゆちゃく）により、内容物の通過不良が生じ、腹部の張りを感じたり、吐き気や嘔吐を伴い排便が止まる腸閉塞（ちょうへいそく）となる場合があります。多くの場合には、絶食していると自然に治るのですが、ときには癒着（ゆちゃく）を剥がしたり、ねじれを治す手術が必要なことがあります。痛みが強い場合は必ず医師の診察を受けてください。

これらの症状は、多くの場合食事療法や下剤や消化薬でコントロールすることができ、術後一定の期間がすぎると生じにくくなります。

★ 日常生活について

1) 運動：体力回復や筋力低下の防止のために適度な運動が勧められます。散歩程度の軽い運動を日課に取り入れましょう。趣味で行っているスポーツは継続可能か医師と相談してください。

2) 睡眠と休息：睡眠は十分にとり、疲労を翌日に持ち越さないようにしましょう。からだに無理なことはかえってストレスとなるため、休みながら行動しましょう。

3) 入浴：入浴はからだを清潔にし、精神をリラックスさせてくれます。創に水が入ることを心配される方も多いですが、そのようなことはありません。むしろ創周辺の皮膚を清潔に保つことが、感染のリスクを減少させてくれます。

4) 嗜好品（タバコ、お酒）：タバコはお腹の血液の流れを悪くし、胃腸の運動を抑えますので、禁煙を継続しましょう。飲酒については医師に相談してください。

5) 旅行：退院後1～2カ月すれば無理のない程度なら良いでしょう。必ず、医師に相談してください。

★ 社会復帰に向けて

社会復帰が可能となる時期は、年齢や体力、社会的状況、仕事内容、手術術式などにより異なります。退院後の仕事内容が主にデスクワークであれば術後1ヶ月程度で、腹筋をよく使う運動や仕事であれば術後2～3ヶ月くらいを目処に社会復帰が可能と考えます。

【退院後の食生活について】

★ 食生活での注意

原則的には、食事の種類に制限はありません。つまり、何を食べてもかまいませんが、食物繊維が多く含まれているものや消化しにくいものは、腸閉塞の原因となることがありますので、術後3ヶ月は控えたほうがよいでしょう。

最も基本的なことは、ゆっくりと、よくかんで食べることです。下記のことには留意して、規則正しくバランスの良い食事を心がけましょう。

★ 注意した方がよいおなかの症状について

まず日頃から自分の排便状態を把握しておきましょう。便秘に対しては、水分や食物繊維を多くとるようにし、生活のリズムを整え、適度な運動を行い、規則正しい食事と排便の習慣をつけましょう。食事・生活習慣に注意しても便秘が続く場合、下剤が必要となりますので、担当医に相談しましょう。

下痢の場合は、消化の良い食品をとり、水分を制限せず、逆に補うようにしましょう。食事を少量にして回数を増やすことで、消化管の負担が軽くなり、下痢が改善することがあるので試してみてください。

直腸手術後の頻便は半年くらいで1日5回前後に落ち着く場合が多いのですが、個人差があります。日常生活に支障をきたすようであれば、担当医に相談してください。

おなかが張って痛くなり、吐き気や嘔吐を伴い排ガス、排便がない場合は腸閉塞が疑われます。担当医にすぐ相談しましょう。

【退院後もこれだけは忘れずに！】

★ 定期的な診察や検査に行きましょう

連携パスの診療計画に従って、定期的な診察や検査を受けに行きましょう。大腸がんの術後は通常5年間、定期的な診察や検査を行う必要があります。

診察や検査の間隔は、病状によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、定期検査は大腸がんを対象としているものです。他の病気全てがわかるものではありません。かかりつけ医に診ていただくか、地域の健康診断などをご自分で必ず受けてください。

★ 指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、消化薬や化学療法剤で、手術後の状態を安定させるためや手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用しましょう。薬を飲んで副作用や気になることがあれば、医師または看護師にご相談ください。

★ 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と向きあう気持ち大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。何かお尋ねになりたい時は、お気軽に相談室までお越し下さい。

術後補助化学療法について



がんを手術で全部切除できたように見えても、その時点ですでに目に見えないがん細胞がほかの臓器に移動している可能性があります。時間がたってから再発として見つかることがあります。そこで、目に見えないがんを根絶し、再発を未然に防ぐことを目的として、抗がん剤の投与が行われます。これを術後補助化学療法といいます。一般的には内服薬を用いて6か月間行います。StageⅢ結腸がんでは、治療手術の後に再発を予防するための術後補助化学療法を行うことが奨められます。

ユーエフティ / ユーゼル療法による効果

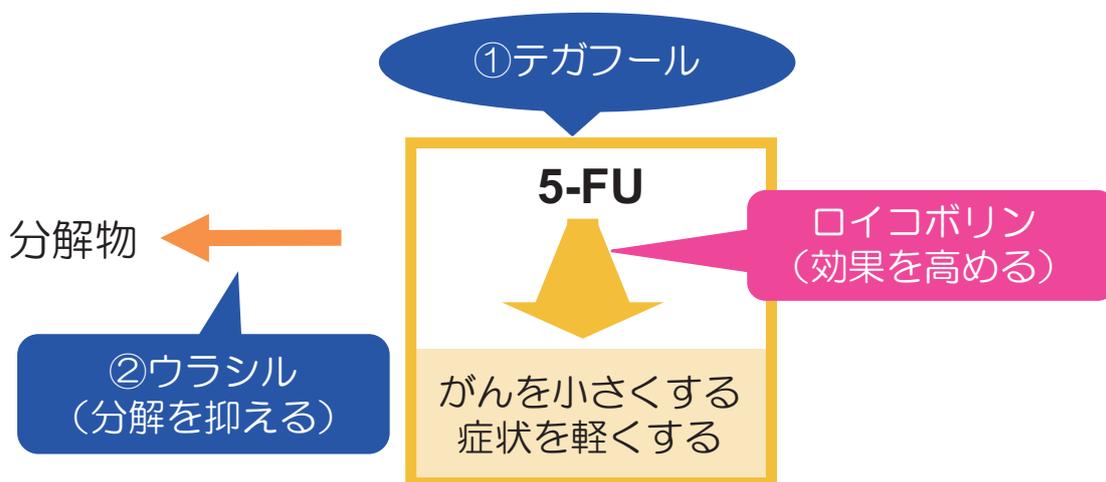
ユーエフティ

がん細胞の増殖を抑え小さくする作用を持っていて、2種類の成分が入っています。

- ① テガフル：体内で徐々に 5-FU に変換され、がん細胞の増殖を抑えます。
- ② ウラシル：5-FU の分解を抑え、5-FU の濃度を高めます。

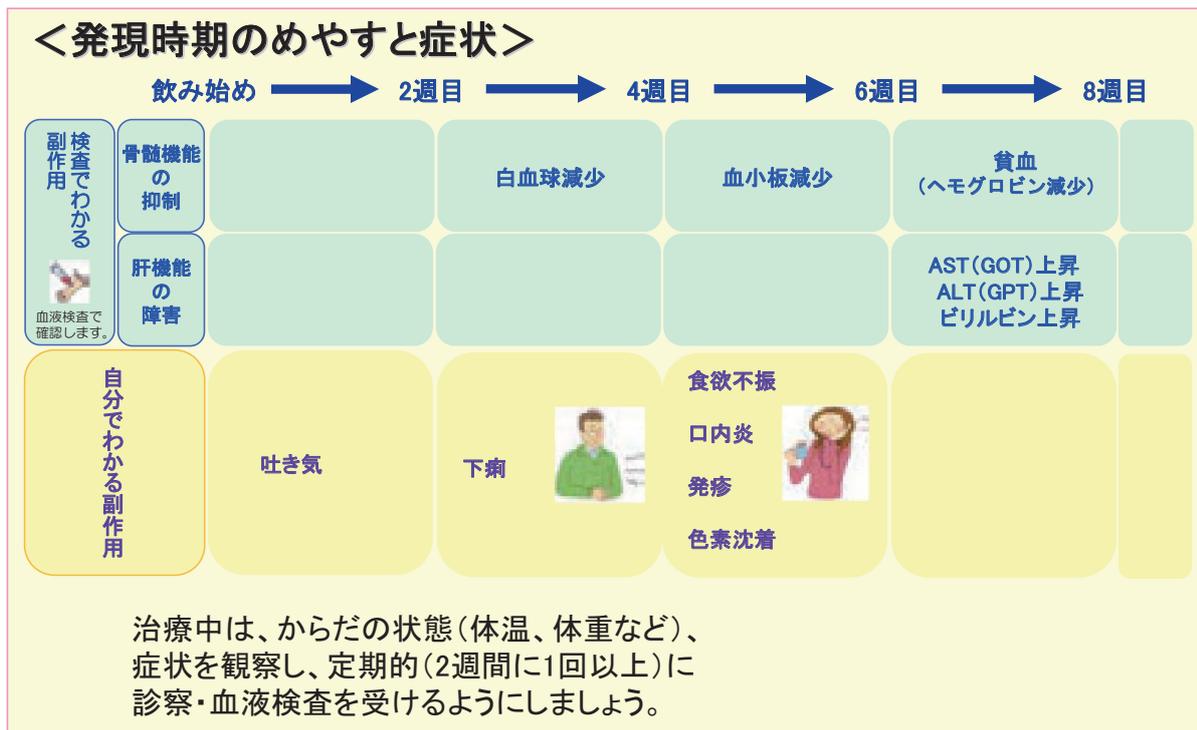
ロイコボリン

これ自身はがん細胞を攻撃する作用を持っていません。ユーエフティと一緒に服用するとユーエフティのがん細胞を攻撃する効果を高める働きがあります。



予測される抗がん剤の副作用

抗がん剤は、がん細胞のようにはやく増える細胞を攻撃しますが、正常な細胞にも薬の影響が出て、これにより副作用が現れることがあります。すべての人に副作用が出るとは限らず、患者様の状態などによっても個人差があります。今回の治療により次のような副作用が現れることがあります。



服用中の注意

ストレスをなるべく避けて、規則正しい生活を心掛けて下さい。食事はバランスの良い内容が理想的ですが、食欲不振や吐き気などがある時は、食べやすいものを少量ずつ口にして下さい。十分な睡眠をとり、外出や軽い運動で気分転換すると良いでしょう。



副作用のおはなし ①

～骨髄抑制～

血液中には白血球、血小板、赤血球などの成分が含まれ、これらは骨髄まで作られています。骨髄は抗がん剤による影響をととても受けやすく、治療中は**骨髄抑制**という副作用となってあらわれます。

骨髄抑制は自分でわかりにくいいため、血液検査で定期的にチェックしていきます。

白血球減少「感染症」

白血球（特に好中球）が減少すると、抵抗力が低下して、感染症にかかりやすくなったり、ときには、全身の感染症をひきおこすことがあります。

ユーエフティー / ユーゼルの服用は一旦やめて医師に相談しましょう。

感染症が
疑われる症状

- ・ 38℃以上の発熱
- ・ さむけ
- ・ せき、のどの痛み
- ・ 排尿時の痛み
- ・ 血尿
- ・ 排尿後も尿が残る感じ
- ・ 頻尿

日常生活の注意

感染症の予防には・・・（白血球が減っているとき）

- ▶ □や皮膚、尿路、肛門からの感染に注意しましょう。
- ・ 外出のときは人ごみをさける
- ・ 手洗いをしっかり行う
（食事前、トイレの後、外出から帰ったとき）
- ・ うがいをこまめに行う（外出から帰ったとき、食事の前）
- ・ □の中を清潔に保つ（食後、寝る前の歯みがき）
- ・ 体調に合わせて、無理をしない

副作用のおはなし ②

貧血（ヘモグロビン減少）

赤血球中のヘモグロビンの量が少なくなると、全身に酸素が十分いきわたらなくなり、貧血症状を感じる場合があります。

ユーエフティー / ユーゼルの服用は一旦やめて医師に相談しましょう。

- ・手足が冷たい
- ・めまい
- ・顔色が青白い
- ・動悸、息切れ

日常生活の注意

貧血になったとき・・・

- ▶ ゆっくり動き始める（起きあがる、立ち上がる）
- ▶ めまいを感じたらしゃがむ、ゆっくり歩く
- ▶ 十分な休養、睡眠をとり、無理をしないようにしましょう

血小板減少「出血傾向」

血小板は出血を止める作用があるため、血小板が減少すると、出血しやすくなったり、血が止まりにくくなったりします。

ユーエフティー / ユーゼルの服用は一旦やめて医師に相談しましょう。

- ・あざができる
- ・歯みがきで口の中が出血する

日常生活の注意

出血の予防には・・・

- ▶ ころんだり、ケガをしたりしないように注意する
- ▶ 排便は、りきみすぎない
- ▶ 歯みがきはやわらかいブラシを使い、鼻かみはやさしく行う
- ▶ アルコールはひかえる（血液を固まりにくくする作用があります）

副作用のおはなし ③

～吐き気、嘔吐、食欲不振～

薬の影響をうけて、むかついたり、場合によっては吐いてしまうことがあります。また食事が一時的に低下することがあります。食事や水分がとれなくなると脱水になりやすいので注意が必要です。

日常生活の注意

- ▶ においのする料理はさける（揚げ物、煮物、煮魚など）
- ▶ さましてから食べる
- ▶ 食事はゆっくり時間をかけ、少量ずつ食べられるものをとる
- ▶ 吐き気があるときは、横になったり、深呼吸を試みましょう
脱水にならないよう、水分をとるようにしましょう

～下痢～

腸の粘膜が薬により傷害をうけ、下痢が起こることがあります。下痢が続くと脱水症状になりやすいので、注意が必要です。

ユーエフティー / ユーゼルの服用は一旦やめて医師に相談しましょう。

- ・ 服用しはじめて数日以内に、口内炎と同時に下痢となる
- ・ 激しい下痢が起こる
- ・ 下痢が長く続く
- ・ 排便回数（1日4回以上）の増加

日常生活の注意

脱水症状にならないために・・・

- ▶ 水分をこまめにとる
- ▶ スポーツ飲料などで電解質を補給する

下痢がおきたときには・・・

- ▶ 食事を工夫する
 - ・ 消化のよいもの（おかゆ、うどんなど）、カリウムの多い食品（バナナ、果物ジュースなど）をとる
 - ・ 食事は何回かにわけて、少しずつとる

副作用のおはなし ④

～口内炎～

口の粘膜が薬の影響を受け、口内炎があらわれることがあります。

ユーエフティー / ユーゼルの服用は一旦やめて医師に相談しましょう。

- ・服用しはじめて数日以内に、下痢と同時に口内炎があらわれる
- ・広い範囲に口内炎があらわれる
- ・痛みを伴う

日常生活の注意

口内炎の予防には・・・

- ▶ 歯みがきをていねいに行い、口の中を清潔に保つ
(歯ブラシは小さめで、やわらかいものを使う)
- ▶ うがいや水分補給をこまめに行い、口の中を乾燥させない
- ▶ たばこは控える

口内炎ができてしまったら・・・

- ▶ ごくうすい塩水や、うがい薬を使ってこまめにうがいをする
- ▶ 痛みが強いときは、医師に痛み止めを処方してもらう
- ▶ たべものは、熱い、辛い、すっぱいなどの刺激の強いものはさける

予防が大切



副作用のおはなし ⑤

～発疹～

薬の影響を受けて、発疹（皮疹）があらわれることがあります。

ユーエフティー / ユーゼルの服用は一旦やめて医師に相談しましょう。

- ・ 全身に発疹(皮疹)ができる
- ・ かゆみをとまなう

日常生活の注意

発疹が起きたら・・・

- ▶ ウールや化学繊維は、肌に直接着ないようにする
- ▶ 刺激の少ない木綿の肌着を着る



～色素沈着～

皮膚や爪・指先などが褐色や黒色になります。直接日光で色素沈着が増強されます。

日常生活の注意

色素沈着の予防には・・・

- ▶ 強い日差しが差し込む窓ぎわなどをさける
- ▶ 外出時は帽子や衣類で、直射日光をさける



副作用のおはなし ⑥

～間質性肺炎～

肺の間質という部分におもに炎症が起こり、肺の機能が低下することがあります。あらわれる頻度は 300 人に 1 人程度ですが、注意が必要な副作用です。

ユーエフティー / ユーゼルの服用は一旦やめて医師に相談しましょう。

- ・ 痰が出ないとき
- ・ 息切れ
- ・ 息が苦しい
- ・ 発熱



日常生活の注意

- ▶ せき、息切れ、発熱など、かぜによく似た症状が起こることがあります
かぜをひいたと自分で判断しないようにしましょう

～流涙（涙がでる）～

涙がでたり、目の充血、目が痛い、物が見えにくい、目がかすむ、目がかわく、結膜炎、角膜炎、涙道閉塞（涙が流れる管がつまる）などの症状があらわれることがあります。

日常生活の注意

- ▶ 流水で目をよく洗う
- ▶ 目の症状が気になるときは、なるべく早く担当の医師に相談しましょう



おくすりの服用について

☆ 治療中は服薬記録をつけましょう。

今回あなたが服用するユーエフティーとユーゼルは、のみぐすりです。そのため、薬の服用状況や体調の変化をご自身で管理していただくことが、とても大切です。

服薬記録は、飲み忘れの防止や治療による体調の変化を把握することができ、また担当の医師が治療をすすめていくうえで、あなたの状態を知るためにとても役立ちます。

この冊子の中の服薬記録を活用して、からだの状態、気づいた症状をメモしておき、診察時には担当の医師や薬剤師に見せましょう。



☆ おくすりの飲み方

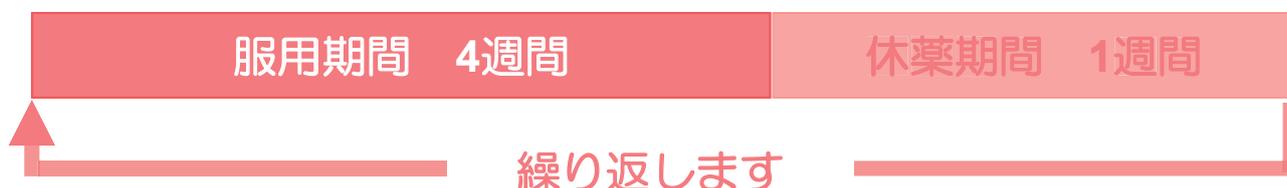
<飲み方>

決められた量を1日3回、8時間ごとにユーエフティーとユーゼルを一緒にお飲みください。

食事の前後1時間を避けてお飲みください。

<治療スケジュール>

このおくすりには服用期間と休薬期間があり、これを繰り返します。担当の医師、薬剤師の指示を守ってお飲みください。



~メモ~



服薬記録について

☆あなたが飲むおくすりの数を記入しましょう

飲むくすり	朝	昼	夜
服薬時間	時頃	時頃	時頃
ユーエフティー 配合カプセル T100	カプセル	カプセル	カプセル
ユーエフティー 配合顆粒 T100	包	包	包
ユーエフティー 配合顆粒 T150	包	包	包
ユーエフティー 配合顆粒 T200	包	包	包
ユーゼル錠 25mg	1 錠	1 錠	1 錠

☆症状

次のような症状があった場合は、服用記録の症状欄に、気になる症状またはその番号を記載しておきましょう。

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| ①のどの痛み、発熱 | ⑩口や目の粘膜のただれ |
| ②出血（あざができる：紫色・赤色） | ⑪目の充血、痛み |
| ③めまい、たちくらみ | ⑫涙が多くでる、目のかすみ、目がかわく |
| ④からだがだるい | ⑬目や皮膚が黄色い |
| ⑤しびれ、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れ | ⑭顔や手足などがむくむ |
| ⑥息切れ、せき、発熱あるいはかぜのような症状 | ⑮尿量がへる、血尿 |
| ⑦吐き気、食欲がない | ⑯においがわかりにくい |
| ⑧下痢、腹痛、血便 | ⑰発疹、かゆみ、色素沈着、手足の皮膚炎 |
| ⑨口内炎 | ⑱手足に力が入らない、筋肉が痛い |

☆ 服薬記録の記入方法とその例

- 日付けを入れ、**飲んだユーエフティーの数**を服薬数の欄に入れてください。
- ユーゼルは1回1錠で皆同じです。
- なお、調子が悪かったなど飲まなかった時は、服薬数の欄に × 印を付けてください。

(飲み忘れても絶対に2回分を1度に飲まないでください。)

- 休薬期間には斜線、受診日には赤丸をつけておきましょう。こちらは服薬記録の記入例です。

ユーエフティー 4カプセル 400mg を 朝2、昼1、夜1 に分けて、ユーゼルは朝昼夜とも1錠 を服用する例です。

飲んだ量や症状、気になることを記入して、診察時には、担当の医師または薬剤師に見せましょう。

1コース	月			火			水			木			金			土			日						
	年	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜			
服薬記録																									
服薬期間 (予定)	日付				6/1			2			3			4			5			6					
	服薬数					1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	
	症状																								
6/1 ~ 6/29	日付	7			8			9			10			11			12			13					
/ ~ /	服薬数	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
	症状																④だるい④								
休薬期間 (予定)	日付	14			15			16			17			18			19			20					
6/29 ~ 7/6	服薬数	2	1	×	×	×	×	×	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
/ ~ /	症状				⑧ ←															良好					
	日付	21			22			28			24			25			26			27					
飲み残しの薬	服薬数	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
	症状																								
7 カプセル	日付	28			29																				
包	服薬数	2	1	1	2	1																			
ユーゼル 5 錠	症状																								

休薬 (X) とその理由
前述の番号、または直接
記入してください

腹痛と下痢

休薬期間には斜線を引いてください

内服終了です

服薬記録(手術後～6ヶ月)

1コース

服薬記録	年	月			火			水			木			金			土			日		
		朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
服薬期間 (予定)	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
休薬期間 (予定)	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
飲み残しの薬	日付																					
カプセル	服薬数																					
包	症状																					
ユーゼル	日付																					
錠	服薬数																					
	症状																					

2コース

服薬記録	年	月			火			水			木			金			土			日		
		朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
服薬期間 (予定)	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
休薬期間 (予定)	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
飲み残しの薬	日付																					
カプセル	服薬数																					
包	症状																					
ユーゼル	日付																					
錠	服薬数																					
	症状																					

服薬記録(手術後～6ヶ月)

3コース

	年	月			火			水			木			金			土			日		
		朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
服薬記録																						
服薬期間 (予定)	日付																					
	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
	症状																					
休薬期間 (予定)	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
飲み残しの薬	日付																					
	服薬数																					
カプセル	症状																					
	日付																					
包	服薬数																					
ユーゼル錠	症状																					

4コース

	年	月			火			水			木			金			土			日		
		朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
服薬記録																						
服薬期間 (予定)	日付																					
	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
	症状																					
休薬期間 (予定)	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
飲み残しの薬	日付																					
	服薬数																					
カプセル	症状																					
	日付																					
包	服薬数																					
ユーゼル錠	症状																					

服薬記録(手術後～6ヶ月)

5コース	年	月			火			水			木			金			土			日		
		朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
服薬記録																						
服薬期間 (予定)	日付																					
	服薬数																					
	症状																					
/ ~ /	日付																					
/ ~ /	服薬数																					
休薬期間 (予定)	症状																					
	日付																					
	服薬数																					
/ ~ /	症状																					
/ ~ /	日付																					
飲み残しの薬	服薬数																					
	症状																					
	日付																					
カプセル	服薬数																					
包	症状																					
ユーゼル	日付																					
錠	服薬数																					
	症状																					

注意! おくすりの飲み合わせについて



ユーエフティーは TS-1 ティーエスワンと絶対に一緒に使用してはいけません。間違えて飲んだ場合、副作用が強くなるおそれがあります。

以下の薬にも注意が必要です。

フェニトイン (てんかんの薬)

ワーファリンカリウム (血液をさらさらにする薬)

葉酸代謝拮抗剤 (スルファメトキゾール等)

以前に処方してもらった薬が自宅に残って残っている場合は、必ず医師や薬剤師に確認してから使用しましょう。

～×㊦～



大腸がん術後連携パス（術後～6ヶ月）

		1コース（ / - / ）		2コース（ / - / ）			
		病院 診療所	病院 診療所	病院 診療所	病院 診療所		
診察・検査	受診日	/	/	/	/		
	診察	○	○	○	○		
	血液検査	○	○	○	○		
	腫瘍マーカー 画像検査						
チェック項目	身体症状異常 腫瘍マーカー異常 画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	休薬基準	全身状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		白血球減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		血小板減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		肝機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		腎機能障害 その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
体 重		kg	kg	kg	kg		
自覚症状	のどの痛み 発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	1週間休薬です	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	1週間休薬です
	出血（あざ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	めまい 立ちくらみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	嘔気 食思不振	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	腹痛 下痢 血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 内炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	皮膚炎 色素沈着	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
休薬・減量の有無		<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 減量		
服用期間		/ - /	/ - /	/ - /	/ - /		
ユーエフティー（1日）		mg	mg	mg	mg		
ユーゼル（1日）		3錠	3錠	3錠	3錠		
処方日数		（ ）日分	（ ）日分	（ ）日分	（ ）日分		
残薬、併用薬チェック		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし		

3コース (/ - /)			4コース (/ - /)			5コース (/ - /)		
病院 診療所	病院 診療所		病院 診療所	病院 診療所		病院 診療所	病院 診療所	
/ ○ ○ ○ 腹部SU等	/ ○ ○		/ ○ ○	/ ○ ○		/ ○ ○ ○ CT等	/ ○ ○	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
kg	kg		kg	kg		kg	kg	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	1 週 間 休 薬 で す	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	1 週 間 休 薬 で す	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 減量		<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 減量		<input type="checkbox"/> 減量	<input type="checkbox"/> 休薬 <input type="checkbox"/> 減量	
/ - /	/ - /		/ - /	/ - /		/ - /	/ - /	
mg	mg		mg	mg		mg	mg	
3錠 ()日分	3錠 ()日分		3錠 ()日分	3錠 ()日分		3錠 ()日分	3錠 ()日分	
<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	

大腸がん術後連携パス（術後6ヶ月～1年）

	術後	治療開始前	6週間毎に診察
	施設	病院	ユーエフティー / ユーゼル 服用期間
	受診日	/	
診察・検査	診察	○	服用開始日 年 月 日
スケジュール	血液検査(腫瘍マーカー)	○	
	画像検査		
指 導	生活指導	○	
診 察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	ユーエフティー/ ユーゼル 治療 28日間毎日服用し、 その後7日間休薬します これを1コースとして 5コース(約6ヶ月間) 服用していただきます 服用期間中の 受診日、受診施設 診察・検査内容等は 『ユーエフティー/ ユーゼル』 服用スケジュール にてご確認ください
	排便異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腹部理学所見異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	直腸指診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
検 査	貧血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	肝機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腎機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	体重	kg	
自覚症状	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	肛門部痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
投 薬	消化剤等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

大腸がん術後連携パス（術後 1 年～ 2 年）

	術後	1年3カ月	1年
	施設	診療所	病院
	受診日	/	/
診察・検査	診察	○	○
スケジュール	血液検査(腫瘍マーカー)	○	○
	画像検査	(腹エコー・胸 Xp)	CT
指 導	生活指導	○	○
診 察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	排便異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部理学所見異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	直腸指診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
検 査	貧血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肝機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腎機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	体重	kg	kg
自覚症状	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肛門部痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
投 薬	消化剤等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

大腸がん術後連携パス（術後 2 年～ 3 年）

	術後	2年3カ月	2年6カ月
	施設	診療所	病院
	受診日	/	/
診察・検査	診察	○	○
スケジュール	血液検査(腫瘍マーカー)	○	○
	画像検査	(腹エコー・胸 Xp)	CT
指 導	生活指導	○	○
診 察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	排便異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部理学所見異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	直腸指診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
検 査	貧血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肝機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腎機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	体重	kg	kg
自覚症状	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肛門部痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
投 薬	消化剤等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

大腸がん術後連携パス（術後 3 年 ～ 4 年）

	術後	3年3カ月	3年6カ月
	施設	診療所	病院
	受診日	/	/
診察・検査	診察	○	○
スケジュール	血液検査(腫瘍マーカー)	○	○
	画像検査		CT
指 導	生活指導	○	○
診 察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	排便異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部理学所見異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	直腸指診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
検 査	貧血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肝機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腎機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	体重	kg	kg
自覚症状	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肛門部痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
投 薬	消化剤等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

大腸がん術後連携パス（術後 4 年～ 5 年）

	術後	4年3カ月	4年6カ月
	施設	診療所	病院
	受診日	/	/
診察・検査	診察	○	○
スケジュール	血液検査(腫瘍マーカー)	○	○
	画像検査		CT
指 導	生活指導	○	○
診 察	腸閉塞症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	排便異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部理学所見異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	直腸指診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
検 査	貧血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肝機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腎機能異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	画像検査異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	体重	kg	kg
自覚症状	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	血便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	肛門部痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
投 薬	消化剤等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

決定した連携医療機関の一覧

(病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等)

紹介病院	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当医	
担当看護師	
担当薬剤師	
連携室担当者	
担当業務	連携パスに記載

連携病院	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当医	
担当看護師	
連携室担当者	
担当業務	連携パスに記載

訪問看護ステーション	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当者	
担当業務	

調剤薬局	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当者	
担当業務	

連携調整担当者	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎

連携医院	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当医	
担当業務	連携パスに記載

介護支援事業所等	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当者	
担当業務	

- ・何か不安や異常を感じたら、まず電話で相談してください。
- ・もし、夜間・休日に連絡がつかない時は、申し訳ありませんが、この私のカルテを持って救急病院を受診してください。

当院の各部署・担当のご案内

【医療相談窓口】

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように医療相談窓口では主に治療制度や費用などに関する相談をお受けしています。また、がん診療連携拠点病院として、がんに関する相談は相談支援センター（下記）でお受けしております。

窓口開設時間： 曜日～ 曜日の午前 時～午後 時
（休日と年末年始を除く）

電話番号： — —

【相談支援センター】

患者支援担当は当院に入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して暖かな医療・看護が受けられるよう、看護師など院内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

【地域医療連携室】

地域医療連携室では、地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と当院医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

【医療心理相談】

がんの告知後や手術前後の心理的な不安を抱える患者さん・家族に対して心理的援助を行います。医療心理相談を希望される方は相談支援センターへお申し出ください。

【定期受診や検査予約の変更】

診療予約の変更は担当科外来で承ります。担当科外来受付へ電話にてご連絡ください。

検査予約を変更される場合、腹部エコーは_____へ、腹部CT（もしくはMRI）は_____へそれぞれご連絡ください。

【夜間・休日などの対応】

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、下記までご連絡ください。

電話番号： — — （代表）

地域連携計画書(地域連携クリティカルパス)に関する説明・同意書

平成 年 月 日 説明担当医師 _____

■「地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)」について■

奈良県では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「診療計画書(クリティカルパス)」を活用しています。「診療計画書(クリティカルパス)」とは、その病気の経過を予測して、一番いい診療の計画を立て、患者さんに納得していただいたうえで医師・看護師・薬剤師等が協力して診療にあたり(チーム医療)、診療の方針について、患者さまと医療者が共同で利用できる形、に表わしたものです。

現在、私たちは、地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)を用いて地域の病院や診療所と、同じ医療方針で安全で質の高い医療を提供したいと考えています。「地域連携クリティカルパス」では、患者さまを中心に、医師・看護師・薬剤師など関係するすべての医療者が、検査結果や診療の方針を知ったうえで、協力体制を作ります。

患者さまには「私のカルテ」(患者さま用の連携計画書)を利用させていただきます。

■「地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)」の運用方法■

当院と、地域のかかりつけの医療機関と共同して、役割分担をしながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投薬などを担当し、当院が節目の診察や検査を行います。病状が急に変わった時や、なんらかの問題が生じた時に備え、かかりつけ医と密な連携をとって安心できる体制を作っています。

■「地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)」の利点■

「地域連携診療計画書(地域連携クリティカルパス)」にもとづくことは、患者さまの主治医が複数になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細かな対応が可能になります。さらに地域連携診療計画書を利用することで、患者さまやご家族のお話を、もっと、お聞きできるようになるものと考えています。

■ 同意と撤回 ■

私たちは、地域連携診療計画書が患者さまの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さまやご家族と十分ご相談しながら、運用をすすめます。途中で中止することもかまいません。以上についてご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

私は上記の説明を受けました。

私は地域連携診療を(希望します ・ 希望しません)

平成 年 月 日 患者氏名 _____

代理(続柄) _____

大腸がん連携パス 共同診療計画書（患者さん用）
（術後補助化学療法 ユーエフティール / ユーゼル）

編集 奈良県がん診療連携協議会
奈良県がん対策推進協議会

発行 奈良県医療政策部 保健予防課

奈良県奈良市登大路町30番地
TEL：0742-27-8928
FAX：0742-27-8262

2013年3月発行 初版
2014年3月発行 第2版

名前

かかりつけ医

電話

病院

外科 主治医

電話

(代表)