

大腸癌術後補助化学療法 ユーエフティー / ロイコボリン 連携パス 【術後-6ヶ月】

カルテ番号	地連番号	内服(食間)	朝	昼	夕	
患者氏名	性別 男・女	手術日 20 年 月 日	ユーエフティー (mg)	カプセル 包	カプセル 包	カプセル 包
生年月日 19 年 月 日	術式	病期 (ステージ I II IIIa IIIb IV)	ロイコボリン	1錠	1錠	1錠
診断名	病院名	4週間内服し、1週間休薬を1コースとします。				
診療所名						

連携パスの目的 1. 地域全体でのフォローアップ 2. 治療の完遂 3. 再発の早期発見 術後補助化学療法の説明と確認 1. 合併症について 2. その診断と対応方法	【診療メモ】
--	--------

コース数	1コース	1コース	2コース	2コース	3コース	3コース	4コース	4コース	5コース	5コース	
受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
受診施設	病院										
投薬・処置	対表面積 投与量 ユーエフティー ロイコボリン(25mg) 3T <input type="checkbox"/> 2週間オーダー <input type="checkbox"/> 次回検査オーダー済み										
体温	/ °C										
Vital 血圧	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
体重	/ Kg										
PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
食欲不振	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
下痢	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
口内炎	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
肝機能障害	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
発疹	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	0・1・2・3	
色素沈着	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
その他											
検査	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT	<input type="checkbox"/> WBC ≥3000/mm2 <input type="checkbox"/> 好中球 ≥1500/mm2 <input type="checkbox"/> Hb ≥9.0g/dl <input type="checkbox"/> 血小板数 ≥10万/mm2 <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> AST&ALT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー* <input type="checkbox"/> 胸部Xp / CT <input type="checkbox"/> 腹部US / CT
薬剤	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 副作用説明 <input type="checkbox"/> 併用薬の確認										
特記事項											

*腫瘍マーカー：CEA、CA19-9 は毎月算定可能です。