

# 胃手術後の連携パス

(手術後フォローアップの患者さんへ)

—安心して病診連携を受けていただくために—



堺市医師会

Sakai Medical Association



地方独立行政法人 堺市立病院機構

堺市立総合医療センター

SAKAI CITY MEDICAL CENTER

# はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と堺市立総合医療センターの医師が、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、かかりつけ医と堺市立総合医療センターの医師が協力して、あなたの治療を行います。

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市立堺病院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて堺市立総合医療センター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、堺市立総合医療センター（072-272-1199 代表）までご連絡ください。**

この「連携パス」を活用することで、堺市立総合医療センター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。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

# もくじ

- ✿ 退院後の日常生活 【 p.3 】
- ✿ 胃手術後の日常生活で  
気を付けていただきたいこと 【 p.3 ~ 8 】
- ✿ 退院後もこれだけは忘れずに！ 【 p.9 ~ 12 】
- ✿ 胃術後連携パス 【 p.13 ~ 22 】
- ✿ メモ 【 p.23 ~ 24 】
- ✿ 堺市立総合医療センターの各部署・担当等のご案内  
【 p.25 ~ 26 】



## 退院後の日常生活

からだの調子に自信がついたら、  
仕事に復帰。  
外出も旅行も、何でもできます。

## 胃手術後の日常生活で 気をつけていただきたいこと

胃手術後の後遺症について



以下のような種類があります。

腸閉塞（ちょうへいそく）  
ダンピング症候群  
貧血  
骨粗鬆症（こつそしょうしょう）  
逆流性食道炎  
胃手術後胆石症  
小胃症状

それぞれについて解説いたします。

# 胃手術後の後遺症 ①



## ～腸閉塞～

手術したあとは、ほとんどの場合、お腹の中で腸があちこちにくっつきます。その結果、腸が曲がったりせまくなることによって腸閉塞が起こります。せまくなったところに食べ物がつまると、便もガスも出なくなります。ときには腸がねじれて、腸の流れが閉ざされてしまうこともあります。

### 〔 症状 〕

一般的に悪心、嘔吐、排便・排ガスの停止、腹痛がみられます。時には、腸がねじれて血流が途絶え、時間とともに腸が壊死（腸管の細胞が死滅してしまうこと）して、腸に穴が開いたりして大変危険です。吐き気や嘔吐に加えて痛みが強い場合には、必ず医師の診察を受けて下さい。



### 〔 治療法 〕

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。

# 胃手術後の後遺症 ②



## ～ダンピング症候群～

### ダンピング症候群とは・・・

胃を切除すると、いままで胃の中で攪拌（かくはん）されて少しずつ腸に移動していた食物が、一度に急に腸へ流れ込む状態になります。そのために起きる不愉快な症状がダンピング症候群といわれるものです。食後30分以内に起こる場合（**早期ダンピング症候群**）が多いですが、食後2～3時間で起こる場合（**後期ダンピング症候群**）もあります。

### 〔 症状 〕

**早期ダンピング症候群**：食後30分以内に発汗、めまい、脈拍が上がるなどの全身症状と悪心、腹部膨満感、下痢などの消化器症状が出現します。

**後期ダンピング症候群**：食後2～3時間に頭痛、汗が出る、脈拍が増える、めまい、脱力感を覚え、ときには気を失ってしまうこともあります。

### 〔 治療法 〕

**早期ダンピング症候群**：安静により数分～数十分で改善します。しかし、顕著な場合は抗セロトニン薬や粘膜麻酔薬を投与することもあります。

**後期ダンピング症候群**：糖質の補給が必要になります。ブドウ糖の静注や、ビスケットやあめ玉、氷砂糖をとったり、甘い飲み物を飲んで下さい。**予防するには、食後2時間あたりに何かおやつを食べることが有効です。**

# 胃手術後の後遺症 ③



## ～貧血～

### 胃がん手術後の貧血とは・・・

胃の切除により、鉄分やビタミンB<sub>12</sub>が吸収されにくくなるために貧血が起こります。前者は、**鉄欠乏性貧血**、後者は**巨赤芽球性貧血**（きよせきがきゅうせいひんけつ）とといいます。

#### ● 鉄欠乏性貧血

手術後数ヶ月から出現することがあります。治療は、鉄剤の補充を行います。

#### ● 巨赤芽球性貧血

ビタミンB<sub>12</sub>は体内に蓄積されており、数年間はその蓄積したビタミンB<sub>12</sub>でまかなうことができます。しかし手術後4～5年以降には蓄積がなくなり、巨赤芽球性貧血が発症することが多いです。治療法は、**ビタミンB<sub>12</sub>の注射による補充**です。定期的に血液検査をして、不足していれば補給する必要があります。

## ～骨粗鬆症～

### 骨粗鬆症とは・・・

胃の手術をすると、カルシウムの吸収が悪くなるため骨のカルシウムが減少して骨が弱くなります。ときに、骨折したりします。

定期的に骨のカルシウムの濃度（骨塩量）を測定（レントゲンなどで簡単に測定できます）し、必要であればカルシウムや、ビタミンDの投与が望ましいとされています。**普段からカルシウムの補給には十分気を付けましょう。**

# 胃手術後の後遺症 ④



## ～逆流性食道炎～

### 逆流性食道炎とは・・・

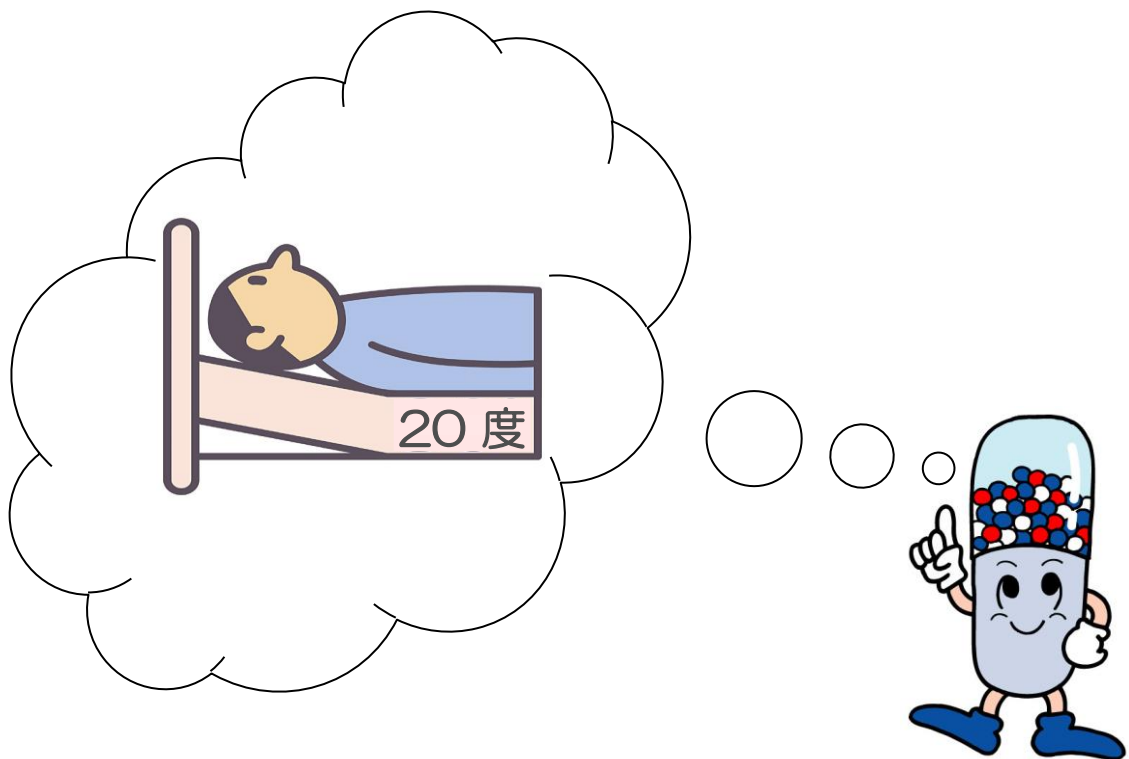
食道内へ胃の内容物が逆流することです。これは手術によって胃の入口（噴門）の逆流防止の機能が損なわれたために起こります。特に胃全摘や、噴門側胃切除の手術後に多く見られます。

### 〔 症状 〕

苦い水（腸液）や酸っぱい水（胃液）が口のほうへ上がってきたり、胸やけなどの症状が見られることがあります。

### 〔 治療法 〕

上半身を 20 度くらい高くして寝るとよいのですが、病状に応じて粘膜保護剤、制酸剤、酵素阻害薬（有害な酵素作用を止める）など、さまざまな薬が投与されることがあります。





# 胃手術後の後遺症 ⑤



## ～胃手術後胆石症～

### 胃手術後胆石症とは・・・

胃の手術の時には、しばしば胆嚢（たんのう）の神経が切れてしまいます。そのために胆嚢の動きが悪くなり、あとで胆嚢に炎症を起こしたり、胆嚢内に結石ができることがあります。

### 胆嚢とは・・・

胆嚢は肝臓でできる胆汁という黄色い液をためたり濃縮したりする、なすびのような形をした臓器です。胆嚢は十二指腸につながっており、脂肪を含んだ食物が十二指腸に流れてきた時には、ためていた胆汁を十二指腸に放出することによって、消化・吸収を助けることとなります。

## ～小胃症状～

### 小胃症状とは・・・

胃を切除したために胃が小さくなり、あるいはなくなることによって起こってくるすべての症状を小胃症状といいます。

### 〔 症状 〕

食事が少ししか入らない、あるいは、すぐにお腹が一杯になるといった症状は最も一般的な症状です。手術を受けられたほとんどの方が経験される症状です。

### 〔 治療法 〕

お腹を順応させてやることが大切になります。そのためにも、食事のとり方が大切です。

# 退院後もこれだけは忘れずに！

## ☆胃切除後は食生活に気を配りましょう

胃を切除すると、「食べ物をためて、消化する」という本来の胃の働きが著しく低下します。だからまず食べ物を十分貯蔵出来なくなるので、1回の食事量を少なめにして、その代わりに、食事の回数を増やしたり、間食をとったりしてください。さらに、食道への逆流を予防するため、食後はすぐ横にならず、散歩など軽い運動を心掛けて下さい。胃全摘術の場合は特に注意が必要です。

## ☆ 定期的な診察や検査に行きましょう

手術後5年を目途に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって違いますから、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、**定期検査は胃がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。**

## ☆ 毎月1回、自己検診を続けましょう

どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月1回、日を決めて、ご自分で症状をチェックしてください。気になるところがあったら、主治医に相談してください。

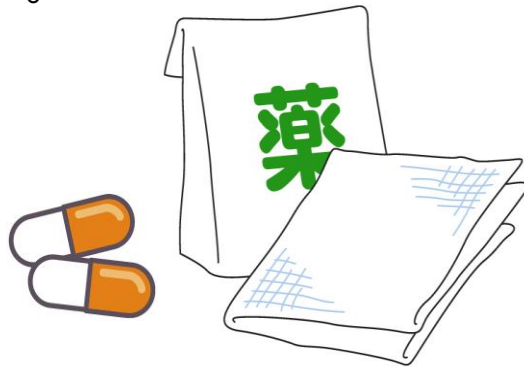
定期的な診察や  
検査を



## ☆ 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てください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。また、薬局で購入した市販薬（胃薬等）についても医師、薬剤師にご相談ください。

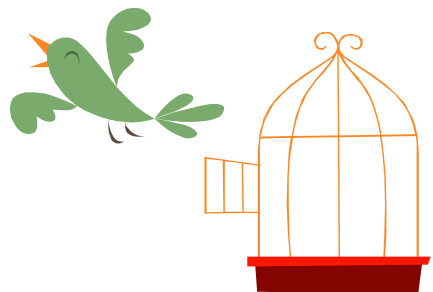


## ☆ 悩んでいるのはあなただけではありません

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さんとのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

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。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、明るく、希望を持って前進し、病気をしてかえって良かったと思われるような建設的な生活を送ってください。



～ メモ ～

\*あなたが手術を受けた日

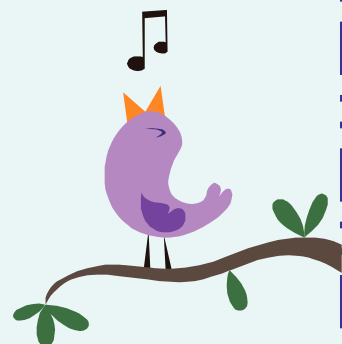
平成 年 月 日

\*受けた手術

- 幽門側胃切除術
- 胃全摘出術
- 噴門側胃切除術
- その他

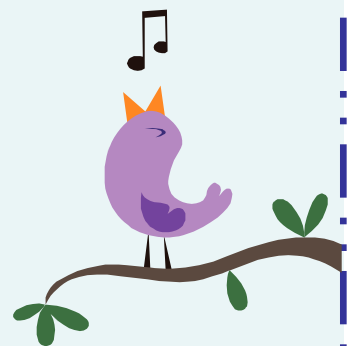
※ 退院にあたって、薬剤師から服薬指導、服薬記録の説明を行います。よくお聞き頂いて、理解できない場合はお気軽にご質問ください。

- 治療スケジュール説明
- 患者様用パス説明



～メモ～

.....



# 胃手術後フォローアップ地域連携パス(手術後～1年)

○は必須項目、なお検査項目については、主治医(かかりつけ医)の判断において、検査項目を追加してもよい。  
また、検査実施月以外において必要があれば検査を実施してもよい。

術後		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
施設		診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院
診察・検査 スケジュール	受診日	/	/	/	/	/	/
	診察	○	○	○	○	○	○
	血液検査 (腫瘍マーカーを含む)			○			○
	画像検査			(腹部エコー・胸部XP)			CT
教育・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( )	<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( )
	ダンピング症候群	<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( )
	食道逆流症状	<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( )
	貧血症状	<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( )
	狭窄	<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( )
	小胃症状	<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( )
	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( )	<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( )
血液 画像 検査	貧血 (RBC・Hb)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	炎症所見 (WBC・CRP)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・ALP T bil・LDH)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	腎機能異常 (クレアチニンクリ アランス・BUN)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	画像検査異常			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
自覚 症状	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	腹痛	<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( )
	腹部膨満	<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( )
	胸やけ	<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( )
	下痢	<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( )
	吐き気・嘔吐	<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( )
	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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	めまい・冷汗	<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( )
	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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう



患者様への説明後、  
チェックして下さい。



**連携・連絡  
(退院時まで)**

術後連携の説明  
手術後後遺症・再発等  
発生時の連絡先

- 患者様用パス説明
- 確認の実施

7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年
診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院
/	/	/	/	/	/
○	○	○	○	○	○
		○			○
		(腹部エコー・胸部XP)			胃カメラ・CT
○	○	○	○	○	○
<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"/> 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( )			<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( )
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( )	<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( )



# 胃手術後フォローアップ地域連携パス(1年～2年)

○は必須項目、なお検査項目については、主治医(かかりつけ医)の判断において、検査項目を追加してもよい。  
また、検査実施月以外において必要があれば検査を実施してもよい。

術後		1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月	1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月	
施設		診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	/	/	/	/	/	
	診察	○	○	○	○	○	○	
	血液検査 (腫瘍マーカーを含む)			○			○	
	画像検査			(腹部エコー・胸部XP)			CT	
教育・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( )	<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( )	
	ダンピング症候群	<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( )	
	食道逆流症状	<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( )	
	貧血症状	<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( )	
	狭窄	<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( )	
	小胃症状	<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( )	
	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( )	<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( )	
血液 画像 検査	貧血 (RBC・Hb)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	炎症所見 (WBC・CRP)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・ALP T bil・LDH)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	腎機能異常 (クレアチニンクリ アランス・BUN)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	画像検査異常			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
自覚 症状	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	腹部 の チェック	腹痛	<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( )
		腹部膨満	<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( )
		胸やけ	<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( )
	それ 以外 の チェック	下痢	<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( )
		吐き気・嘔吐	<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( )
		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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
		めまい・冷汗	<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( )
	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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう





1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院
/	/	/	/	/	/
○	○	○	○	○	○
		○			○
		(腹部エコー・胸部XP)			胃カメラ・CT
○	○	○	○	○	○
<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"/> 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( )			<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( )
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( )	<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( )



# 胃手術後フォローアップ地域連携パス（2年～3年）

○は必須項目、なお検査項目については、主治医(かかりつけ医)の判断において、検査項目を追加してもよい。  
また、検査実施月以外において必要があれば検査を実施してもよい。

術後		2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月	2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月	
施設		診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	/	/	/	/	/	
	診察	○	○	○	○	○	○	
	血液検査 (腫瘍マーカーを含む)			○			○	
	画像検査			(腹部エコー・胸部XP)			CT	
教育・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( )	<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( )	
	ダンピング症候群	<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( )	
	食道逆流症状	<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( )	
	貧血症状	<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( )	
	狭窄	<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( )	
	小胃症状	<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( )	
	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( )	<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( )	
血液 画像 検査	貧血 (RBC・Hb)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	炎症所見 (WBC・CRP)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・ALP T bil・LDH)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	腎機能異常 (クレアチニンクリ アランス・BUN)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	画像検査異常			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
自覚 症状	腹部 の チェク	体重	kg	kg	kg	kg	kg	
	それ 以外 の チェク	腹痛	<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( )
		腹部膨満	<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( )
		胸やけ	<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( )
		下痢	<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( )
		吐き気・嘔吐	<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( )
		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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
		めまい・冷汗	<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( )
	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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	

□内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう



2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月	2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院
/	/	/	/	/	/
○	○	○	○	○	○
		○			○
		(腹部エコー・胸部XP)			胃カメラ・CT
○	○	○	○	○	○
<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"/> 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( )			<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( )
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( )	<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( )



# 胃手術後フォローアップ地域連携パス（3年～4年）

○は必須項目、なお検査項目については、主治医(かかりつけ医)の判断において、検査項目を追加してもよい。  
また、検査実施月以外において必要があれば検査を実施してもよい。

術後		3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月	3年4ヶ月	3年5ヶ月	3年6ヶ月
施設		診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院
診察・検査 スケジュール	受診日	/	/	/	/	/	/
	診察	○	○	○	○	○	○
	血液検査 (腫瘍マーカーを含む)			○			○
	画像検査			(腹部エコー・胸部X線)			CT
教育・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( )	<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( )
	ダンピング症候群	<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( )
	食道逆流症状	<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( )
	貧血症状	<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( )
	狭窄	<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( )
	小胃症状	<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( )
	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( )	<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( )
血液 画像 検査	貧血 (RBC・Hb)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	炎症所見 (WBC・CRP)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・ALP T bil・LDH)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	腎機能異常 (クレアチニンクリ アランス・BUN)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
	画像検査異常			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
自覚 症状	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	腹痛	<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( )
	腹部膨満	<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( )
	胸やけ	<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( )
	下痢	<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( )
	吐き気・嘔吐	<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( )
	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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	めまい・冷汗	<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( )
	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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう



3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月	3年10ヶ月	3年11ヶ月	4年
診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院
/	/	/	/	/	/
○	○	○	○	○	○
		○			○
		(腹部エコー・胸部XP)			胃カメラ・CT
○	○	○	○	○	○
<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"/> 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( )			<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( )
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( )	<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( )



# 胃手術後フォローアップ地域連携パス（4年～5年）

○は必須項目、なお検査項目については、主治医(かかりつけ医)の判断において、検査項目を追加してもよい。  
また、検査実施月以外において必要があれば検査を実施してもよい。

術後		4年1ヶ月	4年2ヶ月	4年3ヶ月	4年4ヶ月	4年5ヶ月	4年6ヶ月	
施設		診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院	
診察・検査 スケジュール	受診日	/	/	/	/	/	/	
	診察	○	○	○	○	○	○	
	血液検査 (腫瘍マーカーを含む)			○			○	
	画像検査			(腹部エコー・胸部XP)			CT	
教育・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( )	<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( )	
	ダンピング症候群	<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( )	
	食道逆流症状	<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( )	
	貧血症状	<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( )	
	狭窄	<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( )	
	小胃症状	<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( )	
	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( )	<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( )	
血液 画像 検査	貧血 (RBC・Hb)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	炎症所見 (WBC・CRP)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	肝機能異常 (sGOT・sGPT・ALP T bil・LDH)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	腎機能異常 (クレアチニンク リアランス・BUN)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
	画像検査異常			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )	
自覚 症状	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	腹部 の チェ ック	腹痛	<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( )
		腹部膨満	<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( )
		胸やけ	<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( )
		下痢	<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( )
	それ 以外 の チェ ック	吐き気・嘔吐	<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( )
		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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
		めまい・冷汗	<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( )
		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( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう

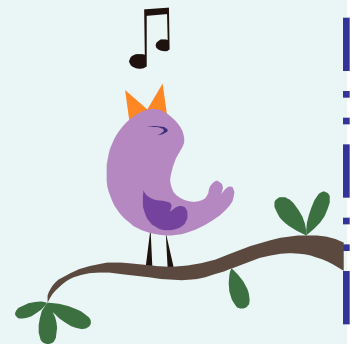


4年7ヶ月	4年8ヶ月	4年9ヶ月	4年10ヶ月	4年11ヶ月	5年
診療所	診療所	(必須)診療所	診療所	診療所	(必須)病院
/	/	/	/	/	/
○	○	○	○	○	○
		○			○
		(腹部エコー・胸部XP)			胃カメラ・CT
○	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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"/> 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( )			<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( )
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( )	<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( )



- ★ 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診（3～6ヶ月）
- ★ 定期受診は5年目まで
- ★ 定期受診日以外でも必要があれば受診

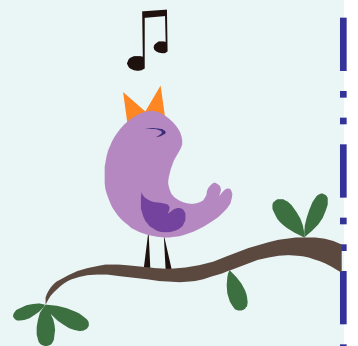
～メモ～





～メモ～

.....



## 市立堺病院の各部署・担当等のご案内

### 医療・看護相談窓口

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相談をお受けしています。また、地域がん診療連携拠点病院として、がんに関する相談もお受けしております。

**窓口開設時間：** 月曜日～金曜日の午前9時～午後5時  
(休日と年末年始を除く)

**電話番号** : 072-272-9970

### 患者支援担当

患者支援担当は当病院に入院・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、医師または看護師など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病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。診療のご予約をお取りします。

**電話番号** : 072-272-9900

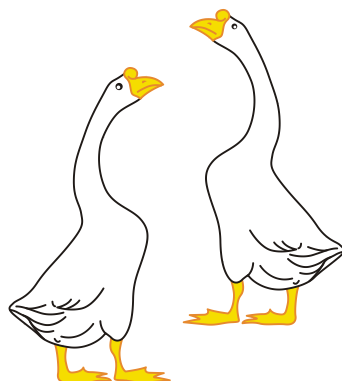
## 医療心理相談

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医療相談窓口へお申し出ください。

## 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、堺市立総合医療センターまでご連絡ください。

**電話番号：072-272-1199(代表)**





## 堺市立総合医療センター

TEL 072-272-1199(代表)

あなたのお名前

さん

かかりつけ医

(電話      —      —      )

堺市立総合医療センター 外科

電話 072-272-1199 代表)

平成27年7月