

胃がん地域連携パス Stage I（内視鏡治療）

患者ID		連携医療機関名		連絡先	
生年月日		医師名			
フリガナ		専門医療機関名	県立広島病院	連絡先	県立広島病院(代表)
患者氏名		医師名		(082) 254 - 1818	

病名		退院日	1~3カ月後	1年後	2年後	3年後	4年後	5年後	6年後	7年後	8年後	9年後	10年後
初回治療	内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年	西暦 年
	年 月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
臨床症状	全身状態	★	★	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腹痛の有無	★	★	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	消化器症状	★	★	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	一般血液検査	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー (必要時)	CEA	—	—									
		CA19-9	—	—									
画像	上部消化管内視鏡検査	—	★	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医	連携医
				◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
特記事項													

◆連携医療機関の先生へ◆

- ・実施された項目については、✓チェックをして検査データと一緒に県立広島病院へお送りください。
- ・腫瘍マーカーは、数値を記入してください。

○…連携医で実施します。

◎…連携医か県立広島病院のどちらかで実施します。予め、決めておきます。

★…県立広島病院で必要時、適宜、実施します。