

内視鏡 医療者用パスについて（はじめにお読み下さい）

このパスは、**胃がん**、大腸がん、大腸腺腫に関する内視鏡治療に携わる方に向けて、患者さんの手術を行った病院と、その後のフォローアップを行う医療機関の連携をよりスムーズにするため、広島県地域保健対策協議会 胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会 内視鏡地域連携パス検討ワーキンググループにおいて作成したものです。

同 WG では、胃がん内視鏡治療、大腸がん内視鏡治療を受ける患者さんに向けた「わたしの手帳 my note」も作成しております。

パスは、胃がん、大腸がん、大腸腺腫それぞれの症例について、手術後フォローアップのスケジュール、経過観察、診療情報提供書に分かれております。医療機関同士の連携にご活用いただければ幸いです。

なお、本パスのデータは広島がんネットにて公開しておりますので、必要に応じてダウンロード・印刷を行ってください。

■ 胃がん

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/igan.html>

■ 大腸がん・大腸腺腫

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/daicyo.html>

広島県地域保健対策協議会
胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会
内視鏡地域連携パス検討ワーキンググループ

○広島県地域保健対策協議会

〒733-8540 広島市西区観音本町 1-1-1 広島県医師会事務局
TEL (082) 232-7211

○広島県健康福祉局がん対策課

〒730-8511 広島市中区基町 10-52
TEL (082) 513-3063

胃癌 (ESD後) Stage IA 症例のフォローアップ

施設													
術後経過	3~6 M	1Y	2Y	3Y	4Y	5Y	6Y	7Y	8Y	9Y	10Y		
全身状態	<input type="radio"/>												
血液検査 (末血、生化学、TM)	<input type="radio"/>												
上部消化管内視鏡検査	<input type="radio"/>												
治療医への報告書			<input type="radio"/>										
*その他													

*その他：病理組織所見によりCT、腹部超音波検査などは必要に応じて施行
5年以上降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する
TM：腫瘍マーカー (CEA、CA19-9) は必要に応じて実施

診療情報提供書（がん治療連携指導に伴う報告）

平成 年 月 日

() 病院
 担当医 科 先生
 (FAX: - -)

患者氏名	生年月日	歳
患者住所 〒		
電話番号		
<() 病院 pt.ID	ESD 施行日	>

傷病名 胃癌 ESD 後 (IA 期)

紹介目的 (胃癌 ESD 後 IA 期 地域連携パスの適用) ESD 後 年 ヶ月の報告

受診日・検査日 年 月 日 (検査日: 年 月 日)

症状経過・検査結果および治療経過

血液・画像検査	貧血 (Hb)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自覚症状	体 重	Kg
	炎症所見 (WBC など)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		腹 痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
肝機能異常 (GOT・GPT など)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	腹部膨満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
腎機能異常 (Cr など)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	下 痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
画像検査異常 (CT/US/ 胸部 X 線)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
* 上部消化管内視鏡所見	年後 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	めまい	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
治療	抗潰瘍薬内服 (ESD 後 2~3 ヶ月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	冷や汗	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<i>H.pylori</i> 除菌療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	食事指導	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
			生活指導	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

有害事象の発生なく、診療計画に沿い定期的な受診、検査が行えたのでご報告いたします。

* 内視鏡所見用紙のコピーを忘れずに添付下さい。

現在の処方	
-------	--

添付資料	<input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------	--

備 考

バリエーション・有害事象の発生時は、速やかに担当医、地域連携室へ直接連絡して受診予約を依頼して下さい。
 尚、その際も診療情報提供書を用いてご連絡ください。

() 病院 - - 同 地域連携室 - -