



# 済生会横浜市東部病院 がん地域連携パス「胃がん/ESD拡大適応治療切除後経過観察」

専門医施設退院時の 主治医氏名	済生会横浜市東部病院 ( )	連携医療機関名		患者氏名		生年月日	
連絡先	045-576-3000(代)	連絡先		カルテNo		特記事項	

治療情報	手術日				パス 関 連 情 報	目標	局所再発・異所性再発がない	
	既往歴	部位				対象患者 適応条件	<input type="checkbox"/> 『胃癌治療ガイドライン第3版』の絶対適応治療に一致した早期胃がん <input type="checkbox"/> 2cmを超えるUL(-)の分化型pT1 <input type="checkbox"/> 3cm以下のUL(+) <input type="checkbox"/> 2cmを超えるUL(-)の未分化型pT1 <input type="checkbox"/> 3cm以下の分化型かつpT1b(SM1) <input type="checkbox"/> 上記かつHM0, MV0, ly(-), v(-) <input type="checkbox"/> ESDによる一括切除	
	病理結果					パス開始日	パスの説明と同意日	
	ピロリ菌 について	検査の施行	未実施・有			検査日		
		ピロリ菌の有無	無・有			実施日		
除菌の有無		未実施・済		確認日				
除菌の確認		成功・不成功						
バリアンス	局所再発・異所性再発の所見、またはその疑い							

手術経過			2週間後	4週間後	8週間後	12週間後	6ヶ月後	12ヶ月後	24ヶ月後	36ヶ月後	以降1年毎		
済生会 東部横 浜院	検査	上部内視鏡	癒痕治療確認			○		○	○	○			
		採血	腫瘍マーカー					○	○	○	○		
		CT							○	○	○	○	
診察所	臨床 症状	全身症状	消化器症状を 認めない	○		○							
		便の性状・色		○		○							
		腹痛の有無		○		○							
		新たな症状の出現		○		○							
診察所	臨床 症状	検査	上部内視鏡	再発所見がない				○	○	○	○	○ →	
		全身症状	便の性状・色	腹痛の有無	新たな症状の出現	○		○		○		○	○ →
						○		○		○		○	○ →
						○		○		○		○	○ →
処方	→ 制酸剤の内服 →												
患者さん	症状チェック		腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	→		
			黒色便	黒色便	黒色便	黒色便	黒色便	黒色便	黒色便	黒色便	→		

備考	バリアンス発生時は、連携医療機関より済生会横浜市東部病院(地域連携室)へ直接連絡。直通:045-576-3546 * 診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。	パス逸脱日	
----	--	-------	--