



# 济生会横浜市東部病院 がん地域連携パス「胃腺腫／ESD後経過観察」

|                    |                   |         |  |       |  |      |  |
|--------------------|-------------------|---------|--|-------|--|------|--|
| 専門医施設退院時の<br>主治医氏名 | 济生会横浜市東部病院<br>( ) | 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<br>情報 | 手術日          |         |       |     |     | パス<br>関<br>連<br>情<br>報 | 目標                    | 局所再発・異所性再発がない   |           |  |
|          | 既往歴          |         |       | 部位  |     |                        | 対象患者<br>適応条件          | <input type="checkbox"/> 切除後病理検査にて病理学的に胃腺腫が確定診断されている<br><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<br>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   |     |     |                        |                       |   |           |  |
| 除菌の有無    |              | 未実施・済   |       | 実施日 |     |                        |                       |   |           |  |
| 除菌の確認    |              | 成功・不成功  |       | 確認日 |     |                        |                       |   |           |  |
|          |              |         |       |     |     | バリエーション                | 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                         | 以降1年毎 |
|------------------------|----------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| 济生会<br>横浜市<br>東部<br>病院 | 検査       | 上部内視鏡  | 癒痕治癒確認         |                              |                              |                              |       |
|                        | 臨床<br>症状 | 全身症状   | 消化器症状を<br>認めない | ○                            |                              | ○                            |       |
|                        |          | 便の性状・色 |                | ○                            |                              | ○                            |       |
|                        |          | 腹痛の有無  |                | ○                            |                              | ○                            |       |
|                        | 新たな症状の出現 |        | ○              |                              | ○                            |                              |       |
| 診察<br>所                | 検査       | 上部内視鏡  | 再発所見がない        |                              |                              | ○                            | 適宜○   |
|                        | 臨床<br>症状 | 全身症状   | 消化器症状を<br>認めない |                              | ○                            |                              | ○     |
|                        |          | 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<br>さん               | 症状チェック   |        |                | 腹痛 <input type="checkbox"/>  | 腹痛 <input type="checkbox"/>  | 腹痛 <input type="checkbox"/>  |       |
|                        |          |        |                | 黒色便 <input type="checkbox"/> | 黒色便 <input type="checkbox"/> | 黒色便 <input type="checkbox"/> |       |

その他

|    |  |       |  |
|----|--|-------|--|
| 備考 | バリエーション発生時は、連携医療機関より济生会横浜市東部病院(地域連携室)へ直接連絡。直通:045-576-3546<br>* 診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。 | パス逸脱日 |  |
|----|--|-------|--|

