

がん診療連携拠点病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		退院時	1ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> GOT&GPT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RBC <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> WBC <input type="checkbox"/> T-Bil <input type="checkbox"/> GOT&GPT <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 手指のふるえ <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 手指のふるえ <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )
	説明	<input type="checkbox"/> 手術の合併症の説明	
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
		特記事項	
		サイン	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

がん診療連携拠点病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		6ヶ月後	1年後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
		特記事項	
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

がん診療連携拠点病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		1年6ヶ月後	2年後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
	◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄

がん診療連携拠点病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院		
		2年6ヶ月後	3年後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT(必要時)	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	
	特記事項			
サイン	Dr: _____ NS: _____	Dr: _____ NS: _____		
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		
変動:理由				

がん診療連携拠点病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		3年6ヶ月後	4年後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT(必要時)	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
	◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄

がん診療連携拠点病院用

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		がん診療連携拠点病院	
		4年6ヶ月後	5年後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 腹部CT(必要時)	<input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 内視鏡
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )
	処置	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー	<input type="checkbox"/> 次回来院時検査予約オーダー
	特記事項		
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		2ヶ月後	3ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		4ヶ月後	5ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		



かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		6ヶ月後	7ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		8ヶ月後	9ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		10ヶ月後	11ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		1年後	1年3ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		1年6ヶ月後	1年9ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		2年後	2年3ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		2年6ヶ月後	2年9ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		3年後	3年3ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		



かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		3年6ヶ月後	3年9ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医		
		4年後	4年3ヶ月後	
		年 月 日	年 月 日	
看護師	バイタル	体温	℃	℃
		血圧	/	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg	kg
	特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項			
サイン		Dr: NS:	Dr: NS:	
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄		

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		4年6ヶ月後	4年9ヶ月後
		年 月 日	年 月 日
看護師	バイタル		
	体温	℃	℃
	血圧	/	/
	HR	回/分 不整脈 あり・なし	回/分 不整脈 あり・なし
	体重	kg	kg
	特記事項		
医師	PS	0・1・2・3・4	0・1・2・3・4
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )
	特記事項		
	サイン	Dr: NS:	Dr: NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由		◎次回申し送り、注意事項記入欄	

かかりつけ医用経過報告書

◆患者 様 ♂ ♀ 歳 ◆手術日:平成 年 月 日

◆主治医 ◆既往歴

◆注意:パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

目標:ダンピング症状と再発を疑わせる所見がないこと

		かかりつけ医	
		5年後	
		年	月 日
看護師	バイタル	体温	℃
		血圧	/
		HR	回/分 不整脈 あり・なし
		体重	kg
特記事項			
医師	PS	0・1・2・3・4	
	検査	<input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> ダンピング症状の確認 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 悪心 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> 再発を疑わせる所見 ( )	
	特記事項		
サイン		Dr:	NS:
◎バリエーション集計欄 逸脱:理由  変動:理由			