

資料①

日野市立病院がん術後管理経過観察表

患者氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____

病名： _____ 手術日： _____ 術式： _____

連携元：日野市立病院 _____ 科 _____

診療所等の名称や、連絡先などをご記入ください。

かかりつけ医

既往、アレルギー、禁忌事項等

経過	1年目 (年)				2年目 (年)				3年目 (年)				4年目 (年)				5年目 (年)			
	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月
来院日 (月日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
採血	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
C T	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
上部内視鏡	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
下部内視鏡	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
MMG	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
U S	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
その他	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	

網かけの部分がかかりつけ医の先生方の記入欄です。当日行った検査のチェックをお願いします。
ご紹介患者様は、当院受診3ヶ月後に初めて貴院におかかりになります。

白い部分は当院医師の記入欄です。貴院受診3ヶ月後に日野市立病院におかかりになるようお伝えください。