

甲状腺がん西濃地域連携パス(1) 登録番号 ()



患者氏名 様 (病院カルテNo. かかりつけ医カルテNo.)

大垣市民病院 頭頸部・耳鼻いんこう科		かかりつけ医		病院 ・ 医院 ・ クリニック			
医師名		先生					
施設		病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
経過(術後)	手術術式: 術後年月日	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
実施日		__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日
達成目標	再発症状がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サイログロブリン上昇なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情報提供	診療情報提供書	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)	(有・無)
	検査結果説明	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)
検査 コメント 記入欄	1. TSH /T3/ T4	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
	2. サイログロブリン	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
	3. カルシウム	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
	4. 頸部 US	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>
	5. 胸部 X-p		5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
	6. 頸胸部 CT					6. <input type="checkbox"/>	
	7. ()						
観察項目	頸部の腫れがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	嚥声がある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	倦怠感	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	むくみがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	手のしびれ、痙攣	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	体重が減ってきた	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)
	来院時体重(kg)						
その他()	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
注意事項							