

甲状腺がん西濃地域連携パス(3) 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		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: ____年__月__日	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月
術後年月日		____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
実施日		____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"/>				
	サイログロブリン上昇なし	<input type="checkbox"/>				
情報提供	診療情報提供書	(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)
検査 コメント記入欄	1. TSH /T3/ T4	1. <input type="checkbox"/>				
	2. サイログロブリン	2. <input type="checkbox"/>				
	3. カルシウム	3. <input type="checkbox"/>				
	4. 頸部 US	4. <input type="checkbox"/>				
	5. 胸部 X-p	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						