

胃がん術後地域連携パス (医療者用)

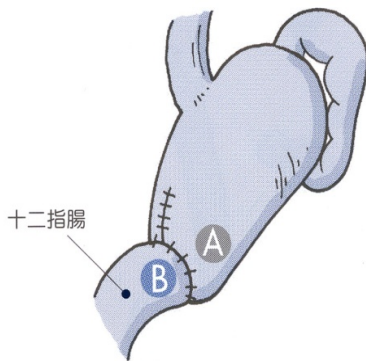
手術術式

手術日 年 月 日

術式

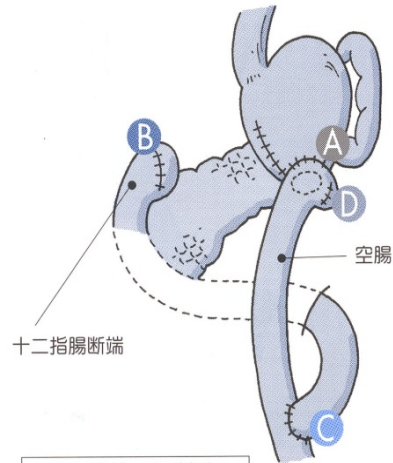
- 1) 胃部分切除術
- 2) 幽門輪温存胃切除術
- 3) 幽門側胃切除術
- 4) 噴門側胃切除術
(胆嚢摘出術、摘脾術を併施する場合があります)
- 5) 胃全摘術

腹腔鏡下手術



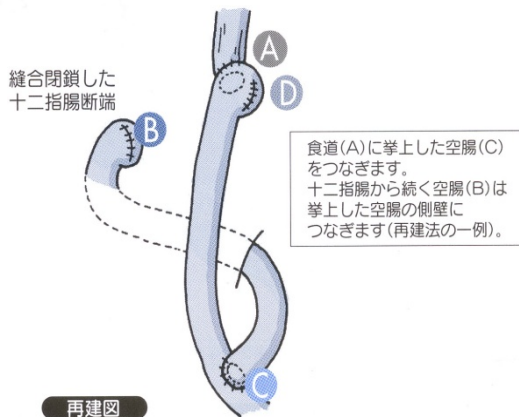
残胃と十二指腸をつなぎます。

ビルロートI法

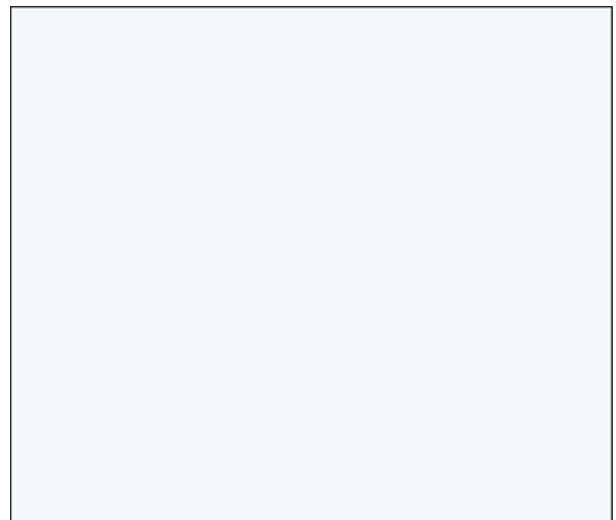


残胃と空腸をつなぎます。
十二指腸の断端は閉じます。

ルーワイ法



再建図



胃がんの進行度

病理結果は？

肉眼型は Type

深達度

【T1a(M)・T1b(SM)・T2(MP)・T3(SS)・T4a(SE)・T4b(SI)】

リンパ節転移 (N0・N1・N2・N3)

組織型

【pap, tub1, tub2, por1, por2, sig, muc, その他()】

脈管侵襲

【ly(0, 1, 2, 3)】、【v(0, 1, 2, 3)】

がんの間質量 (med, int, sci)

浸潤増殖様式 INF (a, b, c)

進行度 ()

進行度分類

	N0	N1 (1～2個の転移)	N2 (3～6個の転移)	N3 (7個以上の転移)	T/Nにかかわらず 遠隔転移あり
T1a(M:粘膜がん)	IA	IB	IIA	IIB	IV
T1b(粘膜下層がん)					
T2(固有筋層)	IB	IIA	IIB	IIIA	
T3(漿膜下組織)	IIA	IIB	IIIA	IIIB	
T4a(漿膜をこえる)	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	
T4b(他臓器におよぶ)	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	

胃がん治療に関する連携計画書(医療者用)

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A): ○○○○病院 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

ステージ I	術後 受診・検査は現在治療中の病気や体調により変化します。										
	1-2ヶ月	3ヶ月	4-5ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月
○○○○病院	/	/		/		/		/		/	
診 察	●	●		●		●		●		●	
採 血	●	●		●		●		●		●	
C T				●		●				●	
エコー				○		○				○	
胃内視鏡						◎				○	
かかりつけ医			/		/		/		/	/	/
診 察	●		●	△	●	△	●	△	●	△	●
採 血			●		●		●		●		●
C T											
エコー											
胃内視鏡						◎				○	

※●:必須 ◎:病院、かかりつけ医どちらかで必須 ○:選択可(検査) △:選択可(受診・検査)

ステージ II ~ III	術後 受診・検査は現在治療中の病気や体調により変化します。										
	1-2ヶ月	3ヶ月	4-5ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月
抗がん剤治療											
TS-1(80mg/ 100mg/120mg)											
UFT-E顆粒											
抗がん剤治療を行う患者さんは別メニューで経過観察											
○○○○病院	/	/		/		/		/		/	
診 察	●	●		●	●	●		●		●	
採 血	●	●		●	●	●		●		●	
C T				●		●		●		●	
エコー				○		○		○		○	
胃内視鏡						◎				○	
かかりつけ医	/		/		/		/		/		/
診 察	●		●	△	○	△	●	△	●	△	●
採 血			●		○		●		●		●
C T											
エコー											
胃内視鏡						◎				○	

※●は必須、○はどちらかの検査あるいは施設で実施する。△はできれば行ってください。

2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年	6年	7年	8年	9年	10年
		/		/		/					
●		●	△	●	△	●					
●		●	○	●	○	●					
		●		●		●					
		○		○		○					
		◎		○		◎					
/	/		/		/						
△	●	△	●	△	●	△	●	●	●	●	●
	●		●		●		●	●	●	●	●
		◎		○		◎	△	△	△	△	△

2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年	6年	7年	8年	9年	10年
/		/		/		/					
●		●	△	●	△	●					
●		●	○	●	○	●					
●		●		●		●					
○		○		○		○					
		◎		○		◎					
	/		/		/		/	/	/	/	/
△	●	△	●	△	●	△	●	●	●	●	●
	●		●		●		●	●	●	●	●
		◎		○		○	△	△	△	△	△

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

〇〇〇〇病院→連携医療機関(かかりつけ医)

FAX 送信票

がん地域連携パス(連携依頼用紙)

連携医療機関(かかりつけ医)

〇〇〇〇医院

〇〇〇〇先生 御侍史

平素よりお世話になりありがとうございます。

この度下記の患者さんが胃がんの手術を受けられ退院となりました。

今後は病診連携にて術後の経過観察をお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

1) 患者氏名 ()
患者番号 ()
退院日 平成 年 月 日

2) 退院時特記すべき状態
なし、あり

3) 退院時処方
なし、あり

〇〇〇〇病院 地域医療連携室
TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

〇〇〇〇病院→連携医療機関(かかりつけ医)

FAX 送信票

がん地域連携パス診療経過報告書

連携医療機関(かかりつけ医)

〇〇〇〇医院

〇〇〇〇先生 御侍史

今回、胃がん術後連携患者様 の
検査(採血:胸部 XP:エコー:CT、内視鏡検査)を実施
しました。

検査日

(/) 採血(問題なし、異常あり)

(/) 胸部 XP (問題なし、異常あり)

(/) 腹部エコー (問題なし、異常あり)

(/) 腹部 CT (問題なし、異常あり)

(/) 内視鏡検査(問題なし、異常あり)

今後の経過観察を宜しくお願いします。

〇〇〇〇病院 地域医療連携室
TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
FAX: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

連携医療機関(かかりつけ医) → ○○○○病院

FAX 送信票

がん地域連携パス診療経過報告書

○○○○病院

地域医療連携担当○○○○様

胃がん術後連携患者
(採血：胸部 XP：エコー：内視鏡検査)
ました。 様の
を実施し

検査日

(/) 採血 (問題なし、異常あり)

(/) 胸部 XP (問題なし、異常あり)

(/) 腹部エコー (問題なし、異常あり)

(/) 内視鏡検査 (問題なし、異常あり)

特記事項

() ○○病院で精査受診を希望

連携医療機関(かかりつけ医)

○○○○医院

TEL: ○○○-○○○-○○○

FAX: ○○○-○○○-○○○

連携医療機関(かかりつけ医) → ○○○○病院

FAX 送信票
がん地域連携パス緊急予約依頼

○○○○病院

地域医療連携担当○○○○様

この度、がん地域連携パスを用いて共同診療
しております

_____様に異常が認められ
ました。

再発、合併症(腸閉塞・吻合部狭窄)、抗がん剤副作用、その他()で
予約診察・緊急診察が必要と思われま

す。よろしくお願ひします。

連携医療機関(かかりつけ医)

○○○○医院

TEL: ○○○-○○○-○○○

FAX: ○○○-○○○-○○○