

わたしの病状と治療の経過（地域連携パス）

記載日 年 月 日 記載者

- 診断名：
- 確定診断日： 年 月 日
- 転移状況：
なし 脳 肺 肝 骨 リンパ節
その他（ ）
- 手術日・術式： 年 月 日・
- 化学療法：有・無
- 放射線治療：有・無
- 医療処置の必要性：
栄養 CVポート 胃瘻 経鼻
医療機器 ペースメーカー 在宅酸素
カテーテル類 気管切開 腎瘻 ストーマ
- 今後の療養先の希望：自宅 病院 未定

訪問診療：
訪問看護：
訪問介護：
介護支援専門員：
保険薬局：
主たる介護者：

わたしの病状と治療の経過（地域連携パス）

記載日 年 月 日 記載者

- 診断名：
- 確定診断日： 年 月 日
- 転移状況：
なし 脳 肺 肝 骨 リンパ節
その他（ ）
- 手術日・術式： 年 月 日・
- 化学療法：有・無
- 放射線治療：有・無
- 医療処置の必要性：
栄養 CVポート 胃瘻 経鼻
医療機器 ペースメーカー 在宅酸素
カテーテル類 気管切開 腎瘻 ストーマ
- 今後の療養先の希望：自宅 病院 未定

訪問診療：
訪問看護：
訪問介護：
介護支援専門員：
保険薬局：
主たる介護者：

わたしの病状と治療の経過（地域連携パス）

記載日 年 月 日 記載者

- 診断名：
- 確定診断日： 年 月 日
- 転移状況：
なし 脳 肺 肝 骨 リンパ節
その他（ ）
- 手術日・術式： 年 月 日・
- 化学療法：有・無
- 放射線治療：有・無
- 医療処置の必要性：
栄養 CVポート 胃瘻 経鼻
医療機器 ペースメーカー 在宅酸素
カテーテル類 気管切開 腎瘻 ストーマ
- 今後の療養先の希望：自宅 病院 未定

訪問診療：
訪問看護：
訪問介護：
介護支援専門員：
保険薬局：
主たる介護者：

わたしの病状と治療の経過（地域連携パス）

記載日 年 月 日 記載者

- 診断名：
- 確定診断日： 年 月 日
- 転移状況：
なし 脳 肺 肝 骨 リンパ節
その他（ ）
- 手術日・術式： 年 月 日・
- 化学療法：有・無
- 放射線治療：有・無
- 医療処置の必要性：
栄養 CVポート 胃瘻 経鼻
医療機器 ペースメーカー 在宅酸素
カテーテル類 気管切開 腎瘻 ストーマ
- 今後の療養先の希望：自宅 病院 未定

訪問診療：
訪問看護：
訪問介護：
介護支援専門員：
保険薬局：
主たる介護者：