

治療のまとめ ～長期フォローアップのために～ 2

氏名 性別 生年月日

診断名 原発部位

診断日 診断時年齢 才カルテ番号

治療病院

担当医 終了時の本人への病状説明内容

治療を行った期間 ~

治療のプロトコール名

追加の病歴

化学療法の薬剤名
(一般名でも商品名でも可)

アンスラ換算量 mg/m²

化学療法の合併症

手術療法 施行 なし 手術日① ②

手術術式など

輸血(血液製剤含む) 施行 なし 輸血後感染症 あり なし

輸血の問題点

放射線療法 施行 なし

放射線部位1 線量1 Gy

放射線部位2 線量2 Gy

治療内容の補足や合併症について

造血幹細胞移植 施行 なし 移植日

移植ドナー 同種血縁 同種非血縁 自家 移植の問題点

移植源 骨髄 末梢血 臍帯血

急性GVHD なし Grade II 以下 Grade III 以上

慢性GVHD なし 限局型 全身型 その他...

その他治療 施行 なし

治療内容

記載時点で認められる合併症	<input type="checkbox"/> 特に認めず	<input type="checkbox"/> 免疫不全	<input type="checkbox"/> 神経	合併症の詳細 <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 循環器	<input type="checkbox"/> 消化管	<input type="checkbox"/> 心理	
	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 肝胆膵	<input type="checkbox"/> 視覚	
	<input type="checkbox"/> 内分泌	<input type="checkbox"/> 腎泌尿器	<input type="checkbox"/> 聴覚	
	<input type="checkbox"/> 低身長	<input type="checkbox"/> 骨軟部	<input type="checkbox"/> 術中損傷	
	<input type="checkbox"/> 代謝系	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> その他...	

フォローアップ外来でのチェック項目 採血 画像 他科併診 その他

フォローアップ外来の通院間隔 年に 回

フォローアップ外来の主な診療内容

まとめ作成時備考

記載医師名 電話番号 記載日