

岐阜県

地域連携パス

令和2年改訂 第2版



岐阜県がん診療連携拠点病院協議会



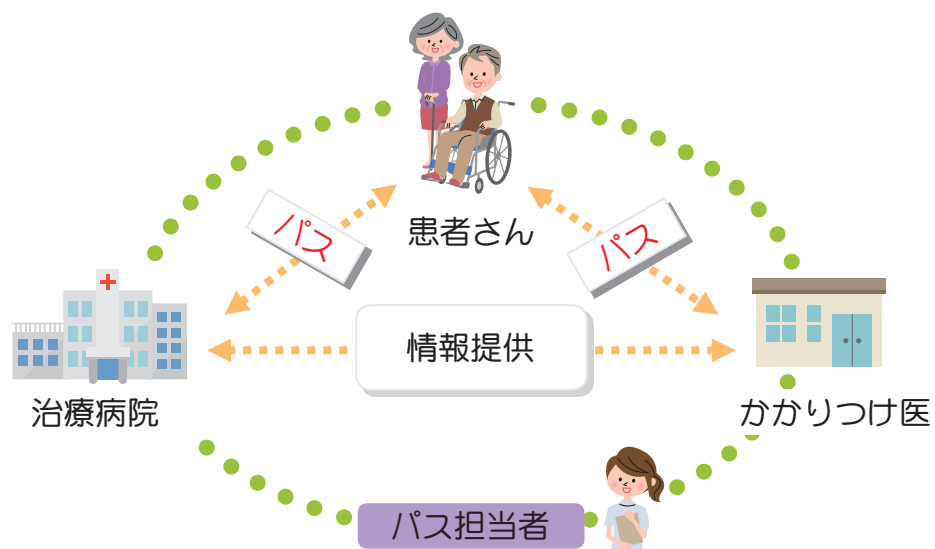
氏名

## 「岐阜県地域連携パス」とは

がんの治療は、専門的・集中的治療を行う病院と、お住まいの地域のかかりつけ医療機関などが連携し、患者さんの診療計画を共有の上、役割分担をしながら、患者さんやご家族を支える仕組みに変わりつつあります。

今回、皆さまにお渡しする「岐阜県地域連携パス」は、日本人に多い6種類のがん（胃、大腸、肝、肺、乳、前立腺）の患者さんで、早期発見と治療により、状態が安定された方々を対象としています。

皆さまが地域のかかりつけ医にかかっても、共通化された診察や検査、治療、経過観察の計画に沿って、継続した医療を受けることができるよう、岐阜県内の多くの病院と医院・クリニックが協力して作成した「5年間の計画書」です。



## この手帳の使い方について

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。紛失しないように大切にしてください。手帳の記入は、患者さんと医療者が共同で行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、お名前・連絡先・アレルギー・過去の病歴などの情報を記入してください。

かかりつけ医ならびに治療病院の先生は、共同診療計画書の記載をお願いします。また、計画書の項目を選び、□にチェックしてから患者さんにお渡しください。検査を行った場合は結果を簡単にご記入ください。

検査データ結果についてもご記入いただき、診察月のページのコピーを治療病院へ送付することで、診療計画の経過報告とすることができます。

令和2年4月

こちらのページはご自由にお使いください

## 「岐阜県地域連携パス」における役割分担

治療病院の主治医とかかりつけ医とが連携し、役割を分担して患者さんの治療にあたります。

治療病院



定期的な精密検査や手術、放射線治療、化学療法など高度な医療を担当します

- ・精密検査
- ・各種治療
- ・服薬指導
- ・栄養指導
- ・療養指導 など

かかりつけ医



日常の診療や療養指導を担当します

- ・血液検査
- ・尿検査
- ・お薬の処方
- ・併存する病気の治療（持病）

パス担当者



パスに関する質問、相談、また中止など相談を承ります



受診の際には、検査や治療がスムーズに進むために、この「岐阜県地域連携パス」の自覚症状の欄（オレンジ色の欄）をご記入の上、医師にお見せ頂こう、お願い致します。

お名前

生年月日 昭・平（西暦） 年 月 日

住所

T E L

緊急時  
連絡先

身長 cm 体重 術前 kg  
退院時 kg

治療病院

T E L

I D

担当医

手術日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

退院日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

手術日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

退院日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

かかりつけ医療機関

医師名

T E L

F A X

かかりつけ薬局

T E L

F A X

地域連携パス同意書  確認

6か月毎（CT・エコー等施行時）の採血を行う機関（病院・かかりつけ医）

フォローアップ内視鏡を行う機関（病院・かかりつけ医・その他）

こちらのページはご自由にお使いください

こちらのページはご自由にお使いください

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病、心臓疾患、脳血管疾患、腎疾患  
その他

アレルギー（薬、食べ物等）

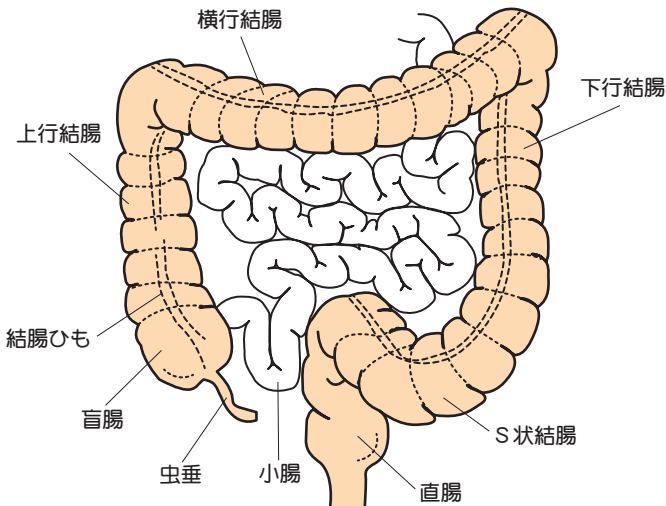
アレルギー                      あり                      なし  
(ありの場合、ご記入ください)

造影剤アレルギー              あり                      なし

内服薬（お薬手帳がある場合は記入不要）

手術

切除部位	術式	手術日
<input type="checkbox"/> 結腸 <input type="checkbox"/> 直腸 S 状部 <input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右結腸 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 横行 <input type="checkbox"/> 下行 <input type="checkbox"/> S 状 <input type="checkbox"/> 左結腸 <input type="checkbox"/> 左半 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 低位前方 <input type="checkbox"/> マイルズ <input type="checkbox"/> ハルトマン <input type="checkbox"/> 局所切除 <input type="checkbox"/> その他	20 年 月 日
病期ステージ (取扱規約第 版)	T _____ N _____ M _____ (部位: _____) Stage _____	
術前 C E A 値	(正常値 _____ ng/ml 以下)	
C A 19-9 値	(正常値 _____ U/ml)	



- ・定期観察については、別表の予定で検査を行います。
- ・化学療法については患者さんごとに異なります。

別表 検査項目一覧表 大腸がん連携パス

診察月	開始時	3か月	6か月	9か月	1年	1年 3か月	1年 6か月	1年 9か月	2年	2年 3か月	2年 6か月
自他覚症状	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
腫瘍マーカー	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
一般採血	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸腹部造影CT(エコー)			●		●		●		●		●
消化管内視鏡検査					[○●]				[○●]		

診察月	2年 9か月	3年	3年 3か月	3年 6か月	3年 9か月	4年	4年 3か月	4年 6か月	4年 9か月	5年
自他覚症状	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
腫瘍マーカー	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
一般採血	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸腹部造影CT(エコー)		●		●		●		●		●
消化管内視鏡検査		[○●]								[○●]

参考事項

●病院 ○かかりつけ医 [ ]は何れで実施しても可、予約時に確認する。

赤は必須項目、青は任意項目

検査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可

一般採血・腫瘍マーカー：採血を全てかかりつけ医で施行することも可能

検査項目	一般採血	: AST, ALT, ALP, LDH, Tbil, TP, A1b, BUN, Cre, WBC, RBC, Hb, Ht, Plt
	腫瘍マーカー	: CEA, CA19-9 (必須)

胸腹部造影CT：StageⅢ →半年に1回を継続、  
StageⅠ～Ⅱ→3年以降は1年に1回でもよい。

消化管内視鏡：1・3・5年は必須だが、以下を検討。  
 ・多発癌であった場合は毎年施行、ポリープがあった場合は処置1年後も施行  
 ・検査が施行できないときは、便潜血反応検査を考慮する

連携パス運用の継続が難しい場合、理由を記載し治療病院医療連携（電話・FAX \_\_\_\_\_）にご連絡下さい。

(理由： 1. 死亡                      2. 転居                      3. 再発                      4. 他疾患の発症  
 5. 通院困難                      6. 病院のみ受診                      7. かかりつけ医のみ受診  
 8. 未受診                      9. その他 )

## 術後の注意点について

### ⑦ 定期受診について

退院後は、自分の体の状態を知るためにも受診をしましょう。また、定期検査の結果から、無症状の状態でも再発や他の異常を発見することもあります。万が一再発しても早期発見が重要です。決められた検査の予定は必ず行うように心がけてください。何か心配なことがありましたら、外来日に医師や看護師にお尋ねください。

### 5) 腸閉塞について

腹部の手術後、腸と腹壁、腸どうしの癒着が起こります。この癒着の部分を中心に腸が折れ曲がったり、ねじれたり、癒着部分でほかの腸を圧迫したりして腸がつまった状態を腸閉塞といいます。

症状として、おなかの張り（膨満感）、腹痛、吐き気・嘔吐などが起こります。おならも便も全く出ないことが最初の兆候です。腹痛の特徴としては、時々差し込むような痛みと腹痛を感じないときが10分程度の間で周期的に何回もくるのが特徴です。特に痛みが強いときは、我慢せずかかりつけ医の先生に連絡を取り、指示を仰いでください。

症状が弱い場合には水分のみ摂取し、1, 2食の絶食で改善することもあります。症状が強い場合・持続する場合にはかかりつけ医を受診、指示に従ってください。

### 6) 緊急時の連絡について

通常の診療時間内は、まずかかりつけ医にご連絡ください。

## その他特記事項（退院時）

①下記の場合は術後早期に大腸内視鏡検査／処置が予定されることがあります。

- ・術前未検索領域が残っている場合
- ・未処理のポリープなどがある場合

検査予定 : あり なし

②下記の場合は単純CTや超音波で検査することがあります。

- ・造影剤アレルギー、腎機能低下、喘息など

造影剤使用予定 : あり なし

大腸がん 手術日 20 年 月 日		3か月後		6か月後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		病 院	かかりつけ医	病 院
診察(予定)日		20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	CA19-9 (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	他腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	CT (腹部超音波検査)			20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	消化管内視鏡			
	<input type="checkbox"/> 病院、 <input type="checkbox"/> かかりつけ医			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 重		kg	kg	kg
便通での悩み		なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	→ 便秘あり	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々
	→ 下痢/頻便あり	回/日	回/日	回/日
	残 便 感	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	血 便	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	排尿障害	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
腹部膨満感		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
そ の 他				
内 服 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

## 術後の注意点について

また、趣味で行っているスポーツは医師に確認し、続けていきましょう。

### ② 睡眠と休息について

睡眠は十分にとり、疲労を翌日に持ち越さないようにしましょう。  
体に無理なことはかえってストレスになるため、休みながら行動するようにしましょう。

### ③ 入浴について

入浴しても大丈夫です。おなかのキズは平気？と心配されると思いますが、キズはしっかりついていきますので水は入りません。  
また、キズが清潔に保たれている方が望ましいので、きれいに洗うようにしましょう。

### ④ 旅行について

退院後は、1ヶ月すれば無理がない程度なら良いでしょう。必ず医師に相談してください。

### ⑤ 退院後の仕事について

お仕事を再開する時期については個人差がありますので、医師に相談してください。手術後の日常生活での回復状況と仕事量を考慮して判断することが重要です。

### ⑥ 嗜好品(タバコ、お酒)について

タバコはおなかの血液の流れを悪くし、おなかの運動を抑えますので、手術後も禁煙を続けるようにしましょう。飲酒については、医師に相談してください。



## 術後の注意点について

が一日に何回も少しずつ出る「頻便」や「下痢」が起こることがあります。

特に肛門近くの手術をされた方には「頻便」となる傾向があり、1日に10回以上になることもあります。

また、2～3日おきに排便があるが、排便が始まると、何回もトイレに行ってしまうこともよくあることです。手術の影響であり時間がかかりますが、徐々に排便回数は減ってきます。「下痢」は大腸での水分の吸収力の低下が主な原因です。

また、抗がん剤を使用されているときも下痢をしやすくなります。時間とともに落ち着いてきますが、1日に10回以上の下痢が続く場合は脱水になることがあり、早急に医師に相談してください。

また、腸の蠕動運動が低下していることによる「便秘」は腸閉塞を引き起こす可能性があり好ましい状態ではありません。

水分を多くとり、体を動かすことを心がけてください。

3～4日でない場合は下剤を飲む必要があります。

かかりつけの医師に相談しましょう。

### 3) 内服薬について

薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。

下痢は、排便状況を見て調整してください。

### 4) 日常生活について

#### ① 運動について

体力回復や筋力低下の防止には、適度な運動が必要です。今からはじめる…というのは難しいと思いますので、散歩を日課に取り入れ、生活リズムを手術前の様に戻し規則正しい生活を送るようにしていきましょう。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

9か月後	1年後	1年3か月後	1年6か月後
20 年 月	20 年 月	20 年 月	20 年 月
かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) )		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) )
	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) )		
<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成
<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成
なし・あり ( )	なし・あり ( )	なし・あり ( )	なし・あり ( )
kg	kg	kg	kg
なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)
慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々
回/日	回/日	回/日	回/日
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

		1年9か月後	2年後	2年3か月後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		かかりつけ医	病 院	かかりつけ医
大腸がん				
診察(予定)日		20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	CA19-9 (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	他腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	CT (腹部超音波検査)		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
	消化管内視鏡		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
	<input type="checkbox"/> 病院、 <input type="checkbox"/> かかりつけ医			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 重		kg	kg	kg
便通での悩み		なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)
こちらには、患者さんが診察前に記入ください	→ 便秘あり	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々
	→ 下痢/頻便あり	回/日	回/日	回/日
	残 便 感	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	血 便	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	排尿障害	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
腹部膨満感		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
そ の 他				
内 服 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

## 術後の注意点について

### 1) 食事について

- ① 入院中はおかゆを食べていたと思いますが、退院後は、ご飯に戻していただいてもかまいません。ご飯に戻した場合は、よく噛んで食べることを心がけてください。  
また、麺類はそばよりうどんのほうが消化に良いと言われておりますので、そばはしばらくの間は控えたほうが良いでしょう。
- ② 基本的に食事内容に制限はありませんが、偏った食事や暴飲・暴食・早食いは避け、野菜を中心としたバランスの取れた食事を、ゆっくり食べるように心がけましょう。
- ③ 繊維の多い食品は、消化が悪く腸閉塞を起こしやすいので、手術直後は控えたほうが良いでしょう。  
2～3ヶ月後からは食べていただいて構いません。

《例》ごぼう、きのこ類、こんにゃく、海藻類、セロリ、たけのこ、はす、つけもの、れんこんなど

### 2) 手術後に起こりやすい症状について

#### ① 食べ過ぎによる症状

「早食い・どか食い」などの状態では1回の食事量が多いため、消化・吸収が間に合わずに、腹痛・膨満感・吐き気などの症状が出ることがあります。毎食ほぼ同程度の量をゆっくり食べましょう。食べ過ぎに注意してください。

#### ② 排便の異常

大腸の手術をした部位により症状が異なりますが、「便秘」や便

# 大腸がんの手術を受けられた方へ

大腸がんの手術を受けられた方は、通常手術後5年間、定期検査を受けていただく必要があります。

入院治療が必要な時や再発が疑われる場合は、かかりつけ医の指示で手術病院を受診していただくことになります。

検査の詳しい日程などはかかりつけ医にご相談ください。

体調などでお困りの時にも、まずかかりつけ医にご相談ください。

なお、大腸がん以外のがん（胃がん、肺がん、肝がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけ医の先生に診ていただくか、地域の健康診断などをご自身で必ず受けてください。

かかりつけ医 ( )		医師名 ( )	
2年6か月後	2年9か月後	3年後	3年3か月後
20 年 月	20 年 月	20 年 月	20 年 月
病 院	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成
<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成	<input type="checkbox"/> 達 成
なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
kg	kg	kg	kg
なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)
慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々
回/日	回/日	回/日	回/日
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

大腸がん		3年6か月後	3年9か月後	4年後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		病 院	かかりつけ医	病 院
診察(予定)日		20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	CA19-9 (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	他腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	CT (腹部超音波検査)	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	消化管内視鏡 □病院、□かかりつけ医			20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 重		kg	kg	kg
便通での悩み		なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	→ 便秘あり	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々
	→ 下痢/頻便あり	回/日	回/日	回/日
	残 便 感	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	血 便	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	排尿障害	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	腹部膨満感	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
そ の 他				
内 服 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

4年3か月後	4年6か月後	4年9か月後	5年後
20 年 月	20 年 月	20 年 月	20 年 月
かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
			20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
kg	kg	kg	kg
なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)	なし (普通)
慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々	慢性 ・ 時々
回/日	回/日	回/日	回/日
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。