

大腸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:

		かかりつけ医 (術後) 1~2ヶ月	○○○○病院 or かかりつけ医 3ヶ月	かかりつけ医 4~5ヶ月	○○○○病院 6ヶ月	かかりつけ医 7~8ヶ月	○○○○病院 or かかりつけ医 9ヶ月	かかりつけ医 10~11ヶ月	○○○○病院 1年	かかりつけ医 1年1~2ヵ月	○○○○病院 or かかりつけ医 1年3ヶ月	かかりつけ医 1年4~5ヶ月	○○○○病院 1年6ヶ月
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診				●				●				●
採血	血算・生化学	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●
	CEA・CA19-9		●		●		●		●		●		●
検査	胸部レントゲンあるいはCT				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)
	腹部超音波あるいはCT				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	補助化学療法薬	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

		かかりつけ医 1年7~8ヶ月	○○○○病院 or かかりつけ医 1年9ヶ月	かかりつけ医 1年10~11ヶ月	○○○○病院 2年	かかりつけ医 2年1~2ヶ月	○○○○病院 or かかりつけ医 2年3ヶ月	かかりつけ医 2年4~5ヶ月	○○○○病院 2年6ヶ月	かかりつけ医 2年7~8ヶ月	○○○○病院 or かかりつけ医 2年9ヶ月	かかりつけ医 2年10~11ヶ月	○○○○病院 3年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診				●				●				●
採血	血算・生化学	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●
	CEA・CA19-9		●		●		●		●		●		●
検査	胸部レントゲンあるいはCT				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)
	腹部超音波あるいはCT				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	補助化学療法薬												

		かかりつけ医 3年1~2ヶ月	かかりつけ医 3年3ヶ月	かかりつけ医 3年4~5ヶ月	○○○○病院 3年6ヶ月	かかりつけ医 3年7~8ヶ月	かかりつけ医 3年9ヶ月	かかりつけ医 3年10~11ヶ月	○○○○病院 4年	かかりつけ医 4年1~5ヶ月	○○○○病院 4年6ヶ月	かかりつけ医 4年7~11ヶ月	○○○○病院 5年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診				●				●				●
採血	血算・生化学	□	□	□	●	□	□	□	●	□	●	□	●
	CEA・CA19-9				●				●		●		●
検査	胸部レントゲンあるいはCT				■(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)		■(CTが望ましい)		●(CTが望ましい)
	腹部超音波あるいはCT				■(CTが望ましい)				●(CTが望ましい)		■(CTが望ましい)		●(CTが望ましい)
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	補助化学療法薬												

● 必ず実施します □ 必要に応じて実施します
■ StageⅢ大腸がんの場合に実施します

◆ 術前検査不十分の場合に実施します
▲ 補助化学療法施行時に実施します

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。