

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	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院		
(術後)			1~2ヶ月 月 日	3ヶ月 月 日	4~5ヶ月 月 日	6ヶ月 月 日	7~8ヶ月 月 日	9ヶ月 月 日	10~11ヶ月 月 日	1年 月 日	1年1~2ヶ月 月 日	1年3ヶ月 月 日	1年4~5ヶ月 月 日	1年6ヶ月 月 日
診察	問診	食欲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部症状 排便	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
診察	視触診	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部理学所見 一般的内科的診察 直腸指診(直腸がん)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
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		大腸内視鏡				◆				●				●
		一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
投薬		補助化学療法薬	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

			かかりつけ医	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院		
			1年7~8ヶ月 月 日	1年9ヶ月 月 日	1年10~11ヶ月 月 日	2年 月 日	2年1~2ヶ月 月 日	2年3ヶ月 月 日	2年4~5ヶ月 月 日	2年6ヶ月 月 日	2年7~8ヶ月 月 日	2年9ヶ月 月 日	2年10~11ヶ月 月 日	3年 月 日
診察	問診	食欲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部症状 排便	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
診察	視触診	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部理学所見 一般的内科的診察 直腸指診(直腸がん)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
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		大腸内視鏡				□				●				●
		一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
投薬		補助化学療法薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院		
			3年1~2ヶ月 月 日	3年3ヶ月 月 日	3年4~5ヶ月 月 日	3年6ヶ月 月 日	3年7~8ヶ月 月 日	3年9ヶ月 月 日	3年10~11ヶ月 月 日	4年 月 日	4年1~5ヶ月 月 日	4年6ヶ月 月 日	4年7~11ヶ月 月 日	5年 月 日
診察	問診	食欲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部症状 排便	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
診察	視触診	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部理学所見 一般的内科的診察 直腸指診(直腸がん)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
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		大腸内視鏡				□				●		■		●
		一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
投薬		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・その他の検査を行います。