

大腸がん EMR/ESD 治療に関する連携計画書 (医療者用)

Mがん

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	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
		1~11ヶ月	1年	1年1~1年11ヶ月	2年	2年1~2年11ヶ月	3年	3年1~3年11ヶ月	4年	4年1~4年11ヶ月	5年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診	食欲	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部症状	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		排便	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診	腹部理学所見	●	●	●	●	●	●	●	●	●
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	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	腹部超音波あるいはCT	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	大腸内視鏡	□	●	□	□	□	●	□	□	□	●
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

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。