

大腸がんESD治療に関する連携計画書 (医療者用)

SM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	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院
		1~5ヶ月	6ヶ月	7~11ヶ月	1年	1年1~5ヶ月	1年6ヶ月	1年7~11ヶ月	2年	2年1~5ヵ月	2年6ヶ月	2年7~11ヶ月	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	食欲											
		腹部症状											
		排便											
	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)		●(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)		●(CTが望ましい)		●(CTが望ましい)
	大腸内視鏡		●		□		●		□		●		□
投薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	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
		3年1~5ヶ月	3年6ヶ月	3年7~11ヶ月	4年	4年1~5ヶ月	4年6ヶ月	4年7~11ヶ月	5年
		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							
	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)
	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
- 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。