

子宮体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: _____

		○○○○病院	○○○○病院	○○○○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
退院後		1か月	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 6か月	3年
受診月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
臨床症状	全身症状・下腹痛・性器出血等	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
検査	内 診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	採 血	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	C T			●		●				●		●
	経腔超音波	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

		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	かかりつけ医	○○○○病院
退院後		3年 6か月	4年	4年 6か月	5年	6年	7年	8年	9年	10年
受診月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
臨床症状	全身症状・下腹痛・性器出血等	●	●	●	●	●	●	●	●	●
検査	内 診	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	採 血	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	C T		●		●		▲			▲
	経腔超音波	●	●	●	●	●	●	●	●	●

再発のない限り、上記スケジュールを10年まで実施します
 受診日はおおまかな目安です
 定期受診日以外でも必要があれば診察します
 6年目以降のCT撮影は放射線被爆も考慮し任意とする