

胃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: _____

ステージ I ESD	術後 受診・検査は現在治療中の病気や体調により変化します。																					
	1-2週間	1-2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年6ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年	6年	7年	8年	9年	10年
○○○○病院	/		/		/		/		/		/		/		/		/					
診 察	●		●		●		●		●		●		●		●		●					
採 血	●		●		●		●		●		●		●		●		●					
C T							●				●		●		●		●					
エコー							△				△		△		△		△					
胃内視鏡			○		○		○		△		○		○		○		○					
かかりつけ医		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診 察		●		●	△	●	△	●		●	△	●	△	●	△	●	△	●	●	●	●	●
採 血		●		●		●		●		●		●		●		●		●	●	●	●	●
エコー							△				△		△		△		△	△	△	△	△	△
胃内視鏡			○		○		○		△		○		○		○		○	△	△	△	△	△

※●は必須、○はどちらかの施設で実施する。△はできれば行ってください。