

大腸がん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	
		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	
		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
診察	問診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診												
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	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
投薬	大腸内視鏡	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●
	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。