

大腸がんESD治療に関する連携計画書 (医療者用)

SMがん

計画策定病院(A): ○○○○病院

担当医師:

連絡先:

患者氏名 _____ 様

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か月	2年6ヶ月	2年7~11ヶ月	3年
(術後)		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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診		□		□		□		□		□		□
採血	血液・生化学	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●
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)
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	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診		□		□		□		□
採血	血液・生化学	□	□	□	●	□	□	□	●
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)
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。