

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): _____ 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 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																								
CT																								
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。