

大腸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 :

(術 後)			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	かかりつけ医	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院
			1～2ヶ月 月 日	3ヶ月 月 日	4～5ヶ月 月 日	6ヶ月 月 日	7～8ヶ月 月 日	9ヶ月 月 日	10～11ヶ月 月 日	1年 月 日	1年1～2ヶ月 月 日	1年3ヶ月 月 日	1年4～5ヶ月 月 日	1年6ヶ月 月 日
診察	問 診	食欲												
		腹部症状 排便												
	視触診	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部理学所見 一般的内科的診察 直腸指診(直腸がん)				●				●				●
採血	血算・生化学 CEA・CA19-9		□	●	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●
	胸部レントゲンあるいはCT 腹部超音波あるいはCT 大腸内視鏡					●(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	かかりつけ医	○○○○病院 or かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院
			1年7～8ヶ月 月 日	1年9ヶ月 月 日	1年10～11ヶ月 月 日	2年 月 日	2年1～2ヶ月 月 日	2年3ヶ月 月 日	2年4～5ヶ月 月 日	2年6ヶ月 月 日	2年7～8ヶ月 月 日	2年9ヶ月 月 日	2年10～11ヶ月 月 日	3年 月 日
診察	問 診	食欲												
		腹部症状 排便						●						
	視触診	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部理学所見 一般的内科的診察 直腸指診(直腸がん)				●				●				●
採血	血算・生化学 CEA・CA19-9		□	●	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●
	胸部レントゲンあるいはCT 腹部超音波あるいはCT 大腸内視鏡					●(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	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院
			3年1～2ヶ月 月 日	3年3ヶ月 月 日	3年4～5ヶ月 月 日	3年6ヶ月 月 日	3年7～8ヶ月 月 日	3年9ヶ月 月 日	3年10～11ヶ月 月 日	4年 月 日	4年1～5ヶ月 月 日	4年6ヶ月 月 日	4年7～11ヶ月 月 日	5年 月 日
診察	問 診	食欲												
		腹部症状 排便												
	視触診	体重	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		腹部理学所見 一般的内科的診察 直腸指診(直腸がん)				●				□		□		□
採血	血算・生化学 CEA・CA19-9		□	□	□	●	□	□	□	●	□	●	□	●
	胸部レントゲンあるいはCT 腹部超音波あるいはCT 大腸内視鏡					■(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)		●(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
■ Stage 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。