

子宮体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: _____

		○○○○病院	○○○○病院	○○○○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	
退院後		1ヶ月	3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 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年
受診月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
臨床症状	全身症状・下腹痛・性器出血等	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	内診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
検査	腔断端細胞診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	造影CT(腹部)					●				●				●
	胸部XP/CT					●				●				●
	経膣超音波	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

		かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院
退院後		3年 3か月	3年 6か月	3年 9か月	4年	4年 6か月	5年
受診月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
臨床症状	全身症状・下腹痛・性器出血等	●	●	●	●	●	●
	内診	●	●	●	●	●	●
検査	腔断端細胞診	●	●	●	●	●	●
	腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●
	造影CT(腹部)				●		●
	胸部XP/CT				●		●
	経膣超音波	●	●	●	●	●	●

再発のない限り、上記スケジュールを5年まで実施します
 受診日はおおまかな目安です
 定期受診日以外でも必要があれば診察します
 胸部XPかCTかの判断は各施設の裁量で実施してください
 腫瘍マーカーはCA125を必須としそれ以外は施設の裁量にて実施してください