

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												
	視触診												
採血													
検査					(CTが望ましい)				(CTが望ましい)				(CTが望ましい)
投薬													

		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												
	視触診												
採血													
検査					(CTが望ましい)				(CTが望ましい)				(CTが望ましい)
投薬													

		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												
	視触診												
採血													
検査					(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													

必ず実施します
 Stage 大腸がんの場合に実施します

必要に応じて実施します

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。