

大腸がん連携計画書 川口市立医療センター

診察・検査予定表

手術日20__年__月__日

	1年			2年			3年			4年			5年		
	3月	6月	9月	3月	6月	9月	3月	6月	9月	3月	6月	9月	3月	6月	9月
問診・診察	●	◎	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
チエツク															
採血検査 (CEA含む)	●	◎	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
チエツク															
腹部CT検査 and / or 腹部超音波検査			●		●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸部X線検査 and / or 胸部CT検査			●		●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
大腸内視鏡検査*			◎		◎		◎		◎		◎△				◎
チエツク															

大腸内視鏡検査は、吻合部再発およびポリリーゾ検索目的に行います

*1年以内に1回は必ず行い、その後は必要に応じて行います。

●は手術病院で検査を行います。

○はかかりつけの医療機関で検査を行います。

◎は手術病院、かかりつけの医療機関どちらでもよいです。

△は省略してもよいです。