

大腸がん計画書 埼玉社会保険病院

連携診療計画 (Stage I 早期 大腸がん)

術後経過年月	1年				2年				3年		4年		5年	
	3月	6月	9月	12月	3月	6月	9月	12月	6月	12月	6月	12月	6月	12月
問診・診察	●	●	●	◎	●	●	●	◎	●	◎	●	◎	●	◎
直腸指診		○		○		○		○	○	○		○		○
腫瘍マーカー		●		◎		●		◎	●	◎	●	◎	●	◎
胸腹骨盤CT				◎				◎		◎		◎		◎
大腸内視鏡				◎						◎				◎

第I期早期の患者さんの予定表です  
 結腸癌では○の直腸指診は省略します  
 ◎の節目検診は手術を受けた病院で行います

連携診療計画 (Stage I 進行・II・III期 大腸がん)

術後経過年月	1年				2年				3年				4年		5年	
	3月	6月	9月	12月	3月	6月	9月	12月	3月	6月	9月	12月	6月	12月	6月	12月
問診・診察	●	●	●	◎	●	●	●	◎	●	●	●	◎	●	◎	●	◎
直腸指診		●		○		●		○		●		◎		◎		◎
腫瘍マーカー	●	●	●	◎	●	●	●	◎	●	●	●	◎	●	◎	●	◎
胸腹骨盤CT		●		◎		●		◎		●		◎	○	◎	○	◎
大腸内視鏡				◎								◎				◎

第I進行・II・III期の患者さんの予定表です  
 再発のハイリスク症例では4年目・5年目も半年に1回CTをとります (○のところ)  
 ◎の節目検診は手術を受けた病院で行います  
 第III期の患者さんには術後半年間補助化学療法を行う場合があります

名前
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
身長 _____ cm 体重：術前 _____ kg 退院時 _____ kg
手術病院
TEL
ID
担当医
手術日 ① 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ③ 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ④ 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日
かかりつけ医療機関 (1) :
医師名 :
TEL :
かかりつけ医療機関 (2) :
医師名 :
TEL :
かかりつけ薬局
TEL :

手術記録 手術日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日
大腸がんの占居部位： C A T D S Rs Ra Rb P
術式： <input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右結腸 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 横行 <input type="checkbox"/> 左結腸 <input type="checkbox"/> 左半 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 低位前方 <input type="checkbox"/> 超低位前方 <input type="checkbox"/> マイルズ <input type="checkbox"/> ハルトマン <input type="checkbox"/> 局所切除 <input type="checkbox"/> その他 ( )
進行度 (取り扱い規約第7版) : T ( ) N ( ) HO PO MO Stage <input type="checkbox"/> I期早期 <input type="checkbox"/> I期進行 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期
術前CEA値 _____ ng/ml (正常値 以下)

〈あなたの今後の治療方針は〉

病期がI期・II期の方は、化学療法は行わず定期観察を行います。また、III期の方には術後補助化学療法を半年間行います。この手帳の7~8ページに従って検査と診察を受けて下さい。