

大腸がん共通計画書

埼玉県立がんセンター ・ さいたま赤十字病院 ・ さいたま市立病院 ・ 埼玉医科大学国際医療センター
 国立病院機構埼玉病院 ・ 深谷赤十字病院 ・ 春日部市立病院 ・ 獨協医科大学附属越谷病院
 戸田中央総合病院 ・ 石心会狭山病院 ・ 秀和総合病院 ・ 行田総合病院 ・ 上尾中央総合病院

連携診療計画 (Stage I 早期 大腸がん)

術後経過年	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期 大腸がん)

術後経過年	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

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
術前CEA値_____ng/ml(正常値 以下)