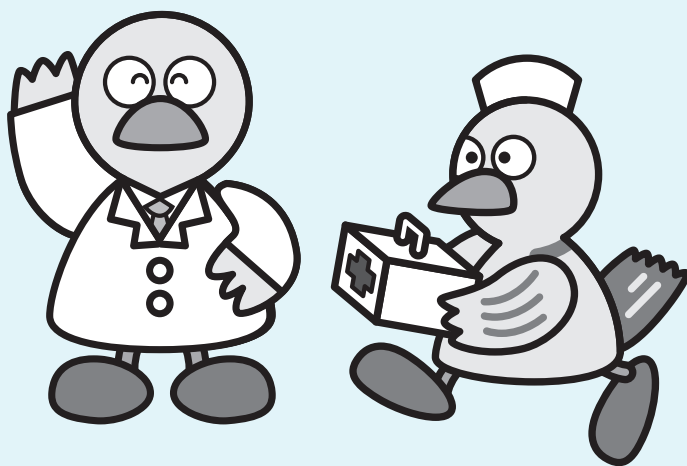


埼玉県医療連携手帳 (大腸)



お名前 _____

生年月日 明・大
昭・平 _____年 _____月 _____日

連携手帳とは

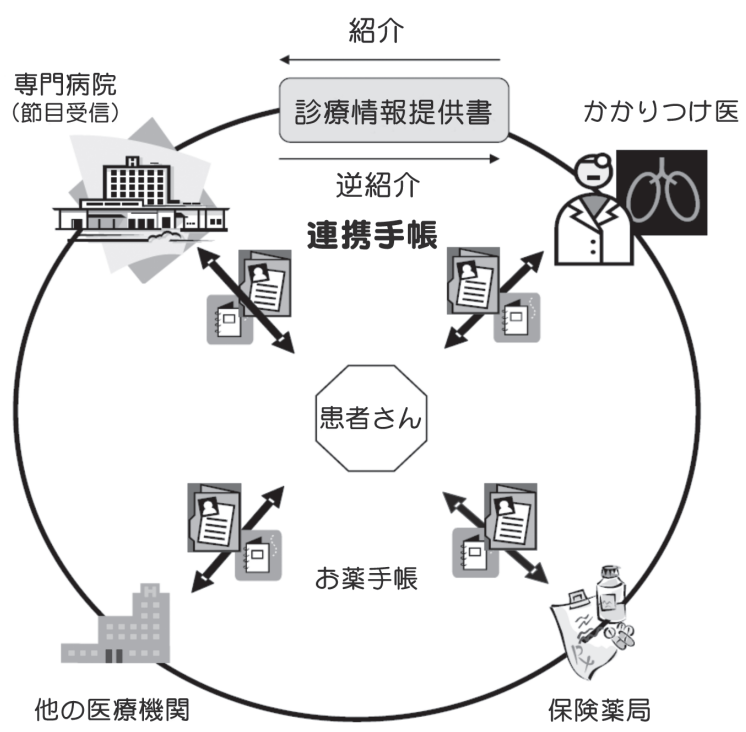
この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

内容は、①共同診療に必要な診療情報、②5年間の診療予定表、③5年分の診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。

この連携手帳を使用することで、患者さんは今後の診療予定を知ることが出来ますし、診療情報が共有されますので安心してこれまで通りかかりつけ医の診療を受けることが出来ます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院までご連絡ください。

連携手帳を用いた診療の流れ



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	
I D	
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： ()	

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー（薬・食べ物等）

内服薬（お薬手帳があるときは記入不要）

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（ ）H0 P0 M0 Stage <input type="checkbox"/> Ⅰ期早期 <input type="checkbox"/> Ⅰ期進行 <input type="checkbox"/> Ⅱ期
術前 CEA 値_____n g /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。

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。

連携診療計画書 (Stage I 早期 大腸がん)

術後経過年月	1年				2年			
	3月	6月	9月	12月	3月	6月	9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				●				
肝エコー・胸部X線		○				○		

術後経過年月	3年		4年		5年	
	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

連携診療計画書 (Stage I 進行・II期 大腸がん)

術後経過年月	1年				2年			
	3月	6月	9月	12月	3月	6月	9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				●				
肝エコー・胸部X線	○		○		○		○	

術後経過年月	3年				4年		5年	
	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

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 腹部エコー 胸部 X 線
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

通信欄

術後 6 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
→ _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 腹部エコー 胸部 X 線
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 腹部エコー 胸部 X 線
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
→ _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 大腸内視鏡
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

通信欄

術後 1 年 3 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください

.....

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 腹部エコー 胸部 X 線
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個.
- コメント → _____

通信欄

術後 1 年 6 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
→ _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 腹部エコー 胸部 X 線
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

通信欄

術後 1 年 9 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください

.....

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 腹部エコー 胸部 X 線
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個.
- コメント → _____

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数～最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
 → _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

通信欄

術後 2 年 3 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください

.....

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個.
- コメント → _____

通信欄

術後 2 年 6 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数～最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回 / 月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
→ _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

通信欄

術後 2 年 9 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください

.....

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個.
- コメント → _____

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数～最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回 / 月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
 → _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 大腸内視鏡
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

通信欄

術後 3 年 6 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
→ _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数～最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
 → _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

通信欄

術後 4 年 6 ヶ月

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください

.....

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
→ _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- 体重 _____ kg
- 最近 1 週間の 1 日排便回数 _____ 回 ~ _____ 回
- 便失禁の有無：(有・無) _____ (最少回数~最多回数)
- 有の場合→頻度： _____ 回/月
- 下記の症状が持続した場合、印を入れてください
 下痢 便秘 血便 肛門痛 食欲不振
 腹部膨満 腹痛 むくみ
- その他、気になる症状がありましたらご記入ください



受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- 直腸指診 異常 (あり・なし)
 → _____ .
- 採血 CEA _____ ng/ml, CA19-9 _____ U/ml
- 胸部 CT 腹部 CT 骨盤 CT
- 大腸内視鏡
- 再発の有無 有の場合 → 部位： _____ 個数 _____ 個 .
- コメント → _____

大腸癌の手術を受けた方へ

大腸癌の手術を受けた方は、通常手術後 5 年間、定期検査を受けていただく必要があります。

入院治療が必要な場合や、再発が疑われる場合は、かかりつけ医の指示で、手術病院を受診していただくことになります。検査の詳しい日程などはかかりつけ医にご相談ください。体調などでお困りのときにも、まずはかかりつけ医にご相談ください。

術後の注意点について

1) 食事について

手術直後は、一生懸命頑張って食べたほうが早く体力が回復すると思われる方がいますが、むしろ腹 6-7 分目の食事が無難です。術直後はおなかには基本的には休ませてあげたほうが良いのです。一生懸命頑張って食べることで、消化器官は休むことができず、働かなければなりません。無理がたたると、腹部膨満・吐き気・腹痛などの腸閉塞と同じような症状が出現します。食事は控えめ、お茶やお吸い物などの水分はやや多目が良いでしょう。

基本的に食事内容に制限はありませんが、暴飲・暴食・早食いは避け、バランスの取れた食事を、ゆっくり 30 分位かけて食べるように心がけましょう。

野菜や果物などの繊維の多い食品は、消化が悪く、腸閉塞

を起こしやすいので、手術後3ヶ月くらいは控えたほうが無難です。腸閉塞の起こりにくくなる術後半年以降は、さらなる大腸癌発生の予防のためにも、野菜果物中心の食事がよろしいでしょう。

術後3ヶ月～半年は卵料理・豆腐料理・うどん、おじやなどの穀類・乳製品（グラタンやラザーニャなどのイタリアン）などが、柔らかくすべて消化吸収されるのでお奨めです。

2) 排便について

大腸切除後は一般的にしばらくの間排便習慣が乱れます。下痢や便秘・排便回数の増える頻便などで、排便が一定しません。半年から1年を過ぎると安定してきますが、それでも完全にはもとに戻らないことがあります。

下部直腸の手術後は1回の排便量が減ると同時に、1日5回から10回の頻便が起こることがあります。肛門部の違和感で排便したい感覚があるのに何も出ないということがしばしば起こります。

また、便失禁が起こりやすくなりますが、担当看護師の指導で骨盤底筋体操をしっかり実施することで、予防・改善ができるといわれています。完全に自信がつくまでは生理用パッドを当てるのが良いでしょう。

便秘は腸閉塞を誘発することがあるので大敵です。大腸の蠕動運動が術後しばらくは低下していたり、腸の縫合部がくびれていたりして、そこに硬便が引っかかるために便秘が起こります。硬便を防ぐためには、水分を多めに取ること、1日30分の散歩を毎日欠かさないこと、緩下剤を適宜取ることが大切です。便秘よりは軟便や軽い下痢便のほうが無難です。

3) 内服薬について

処方された薬はのみ間違えのないように、薬の名前と効能を理解するようにしましょう。わからないときは、かかりつけ医や薬剤師に遠慮なく聞いてください。

下剤は、排便状況をみて内服を調節してください

4) 日常生活について

運動について：体力回復や筋力低下の防止には適度な運動が必要です。散歩を日課に取り入れ、規則正しい生活に戻すようにしていきましょう。趣味で行っているスポーツは医師に確認してから続けていきましょう。

睡眠について：適切な休息・十分な睡眠は大事ですが、夜7時くらいから就眠し、睡眠過多のために不眠を訴える方が時々みられます。各自にあった適度な睡眠時間を見つけてください。

◆入浴について：入浴しても大丈夫です。傷から浸出液が少々

出ているときは、傷は清潔に保たれているほうが望ましいので、きれいに洗うようにしましょう。入浴後にきれいなガーゼで覆うと良いでしょう。治りが悪いときは、医師と相談してください。

◆旅行について：無理がない程度なら良いでしょう。食事が豪勢になっても、腹8分目を忘れずに。あまり熱い温泉は好ましくありません。

◆仕事復帰について：肉体的な重労働はしばらく控えたほうが良いですが、事務仕事などは退院後すぐに復帰しても良いと思います。ただし、仕事のために、早飯食いをしたり、排便を我慢したりすると、調子が悪くなることが予想されます。術後半年は、食事時間とトイレには時間を惜しまないでください。

◆タバコ・アルコールについて：ともに発癌作用があります。一度癌になった方は、別の癌にもなりやすいので、長生きのためには、禁酒・禁煙は重要です。手術が終わって退院後に、タバコ・アルコールを再開するのは、「喉もと過ぎれば熱さ忘れる」ということです。アルコールゼロのビールなら良いでしょう。

◆性生活について：直腸癌の術後は性機能障害が出る場合があります。担当医師と相談してください。下部直腸癌術後の女性は、直腸膣瘻という合併症が起こることがあります。術後2-3ヶ月は控えたほうが良いでしょう。拳児希望の女性は

再発の可能性が低くなる術後 2 年を待ってからの妊娠が望まれます。担当医師と相談してください。

5) 再発について

大腸癌は肝臓・肺・局所への転移が時々みられますが、他臓器の癌と違い、再発臓器の再切除ができれば、治癒する可能性があります。そのためには、無症状での再発の早期発見が重要です。3 ヶ月ごとの定期健診はきわめて重要です。忘れないように心がけてください。

再発の 8 割は術後 2 年以内に起こります。術後 3 年目以降の再発はかなり少なくなります。したがって、3 年間はしっかりと 3 ヶ月ごとの定期健診を受けることが大切です。

術後 5 年目以降にも稀に再発がみられます。5 年目以降は 2-3 年に 1 度の人間ドックをお勧めします。大腸癌になった方は、再発ではなくても、残った大腸に別の大腸癌や、胃癌や前立腺癌・子宮体癌・乳癌などが時々みられます。胃や大腸の検査を含めた人間ドックが生涯必要です。

何か心配なことがありましたら、外来日に医師や看護師にお尋ねください。

6) 検査について

CT 検査の前は 1 食抜いてください。飲水は少量なら OK です。膀胱が膨らんでいたほうが、骨盤内が良くわかるので、

直前に排尿するのは我慢してください。

大腸内視鏡のときは、事前に決められた下剤をしっかりとって、大腸内がきれいになっていないと検査できません。完全な水様下痢便になることが必要です。指示を守ってください。

7) 腸閉塞について

ほとんどの術後合併症は術後 1 ヶ月以内に起こりますが、癒着性の腸閉塞だけは術後 5 年後、10 年後でも起こります。便秘・腹部膨満・刺し込むような腹痛・嘔気などが出たら、腸閉塞の可能性がありますので、我慢せずに、かかりつけ医の先生に連絡を取り、指示を仰いでください。

症状が軽い場合には水分のみを摂取し、1～2食の絶食で改善するときもありますが、症状が強い場合・持続する場合には、かかりつけ医を受診、指示に従ってください。

—— この手帳の使い方について ——

- 1) 患者さんは手帳を受け取ったら、3 ページのお名前、かかりつけ医、かかりつけ薬局及び 4 ページの各項目の記入をお願いします。
- 2) 患者さんは、受診の前に 9 ページ以降の通信欄の上半分に受診日、体重、症状などを記入して下さい。
- 3) 手術病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に 5 ページ・6 ページの記載をお願いします。
- 4) かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、通信欄の下半分に検査結果、診察所見などを記入して下さい。
 - a) 簡単な記載で結構です。(問題あり・なし程度)
 - b) 問題があり、書き切れない場合や、かかりつけ医 / 専門病院で伝達が必要な場合は、診療情報提供書の発行をお願いします。
 - c) 再発が疑われた時は、手術病院を至急受診してください。

埼玉県医師会
埼玉県がん診療連携協議会

ご意見がございましたら下記にお寄せください。

(事務局) 埼玉県立がんセンター

TEL 048-722-1111

FAX 048-722-1129