

私のカルテ

山形県
地域連携クリティカルパス



お名前 .

dai:Ver.25.11.1

はじめに

この手帳は、手術や治療を施行した病院と地域のかかりつけ医が協力し、あなたの治療経過を共有し、共同診療体制を築き上げる「治療計画表」のことで、病院とかかりつけ医が協力して、あなたの治療を行います。

この『連携パス』を活用することで、治療病院と地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

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、専門的な治療や定期的な検査は治療病院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて治療病院を受診していただきます。

また、**緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、治療を行った病院**

_____ (Tel _____) までご連絡ください。

御本人の診療に関する情報が書き込まれますので、紛失等の無いよう管理に十分御留意下さい。

もくじ

大腸がんの治療について：

退院後の日常生活：

退院後の食生活：

手術後に起こりやすい症状について：

わたしの基本情報、手術・治療情報、投薬情報：

診察・検査予定表：

診療記録：

メモ：

関係医療機関各部署の連絡先：

大腸がんの治療について

大腸がんは、早期発見の場合、そのほとんどは手術によってがんを取り除くことができますが、なかには再発してしまうこともあります。そこで、再発の可能性を少なくするために抗がん剤を用いた治療を行う場合があります。手術の補助的な役割を担うことから、これを「術後補助化学療法」といいます。

また、大腸がんの手術を受けられた方は、通常術後5年間定期検査を受けていただき、再発を早期にみつけだす必要があります。

がんの再発予防と再発した際の早期発見のために、手術を受けられたご本人と病院、かかりつけ医を結びつけるのがこの手帳となります。

退院後の日常生活

手術後におこりやすい症状について

大腸を切り取ったために栄養吸収や食事摂取量の低下、それらに伴う体重減少などのトラブルはほとんどありません。しかし、多くの場合術後1～2ヶ月でやや軟便の状態となることが多いですが、ときに便秘気味になる場合があります。

一方、直腸を切除した場合には、便をためる能力と便を押し出す能力が低下するため、排便の回数が増えたり、1回の便量が減少したり、残便感などの排便機能障害をきたします。

また、小腸や大腸の癒着（ゆちゃく）により、内容物の通過不良が生じ、腹部の膨満を感じたり、あるいはひどくなると腸閉塞（ちょうへいそく）となる場合があります。

これらの症状は、多くの場合食事療法や下剤や消化薬でコントロールすることができ、術後一定の期間がすぎると生じにくくなります。

社会復帰に向けて

社会復帰が可能となる時期は、年齢や体力、社会的状況、仕事内容、手術術式などにより異なりますので、個々の状況に応じて対応すべきです。ひとつの目安としては、退院後の仕事内容が主にデスクワークであれば術後1ヶ月程度で、腹筋をよく使う運動や仕事であれば術後2～3ヶ月くらいを目処に社会復帰が可能と考えます。

退院後の食生活

食生活に注意して

原則的には、食事の種類に制限はありません。つまり、何を食べてもかまいませんが、食物繊維が多く含まれているものや消化しにくいものは、腸閉塞の原因となることがありますので、術後3ヶ月は控えたほうがよいでしょう。

最も基本的なことは、おいしく、ゆっくり、楽しく、食べることです。次のことに留意して、規則正しく、バランスの良い食事を心がけましょう。また、ほどほどならアルコールを飲むことも可能です。

注意した方がよいおなかの症状について

便秘に対しては、水分や食物繊維を多くとるようにし、生活のリズムを整え、適度な運動を行い、規則正しい食事と排便の習慣をつけましょう。食事・生活習慣に注意しても便秘が続く場合、下剤が必要となりますので、担当医に相談しましょう。

下痢の場合は、消化の良い食品をとり、水分を制限せずに、むしろ補いましょう。少量ずつの食事を、回数を増やすことで、消化管の負担を軽くしましょう。

頻便の場合は、生活のリズムを整え、食事時間を規則正しくしましょう。過労は禁物です。

腹部膨満感に対しては、1回の食事量を控えるように心がけましょう。それでも治らなければ、一度、食事をやめましょう。食事をやめても腹部膨満が続く、排ガスのない場合は腸閉塞が疑われます。担当医にすぐに相談しましょう。

退院後もこれだけは忘れずに！

定期的な診察や検査に行きましょう

術後**5年**を目処に、定期的な診察や検査を行います。
診察や検査の間隔は、手術後の状態によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、定期検査は大腸がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。

術後補助化学療法について

手術によりがんを切除できた場合でも、リンパ節転移があった場合に、再発率が高くなることが知られています。このような場合、手術を行った後に化学療法を行うことで、再発を予防するあるいは再発までの期間を延長できることがわかっています。このような治療を、**術後補助化学療法**といます。一般には、術後補助化学療法の対象はリンパ節転移があるステージⅢ期の患者さんに対して、1年から2年程度の期間です。一部ステージⅡ期の患者さんに対しても行うことがあります。

退院後もこれだけは忘れずに！

指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、消化薬や化学療法剤で、手術後の状態を安定させるためや手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用しましょう。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。

悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ち大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、明るく、希望を持って前進し、病気をしてかえって良かったと思われるような建設的な生活を送ってください。

わたしの基本情報

記載日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (生年月日 年 月 日) _____ 歳 男・女

住所 _____ 電話 _____ .

(緊急連絡先電話番号)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ .

手術病院

かかりつけ機関

カルテ番号 (_____) (_____) (_____)

特記事項 (アレルギー歴・薬の副作用情報・今までかかった病気・その他)

わたしの投薬情報

一般薬

補助化学療法 あり・ なし

()UFT()mg _____ 分 食後 ()TS1 _____ 分 食後

()UFT()mg・ロイコボリン _____ 分 食後 ()静注5FU()mg/LV()mg

()カペシタビン()mg _____ 分 食後 ()FOLFOX

()その他(_____) _____ 分 食後

投薬予定期間 (投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
_____ 年間

診察・検査予定表：結腸がん・直腸S状部がん

手術日：20 年 月 日

術後経過 年月日	1年				2年				3年				4年				5年				
	2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月																	
問診・診察 チェック	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
採血検査 (腫瘍マーカー) チェック	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸部CT検査 チェック			●△		●		●△		●		●△		●		●△		●		●△		●
腹部骨盤部CT検査 チェック			●		●		●		●		●		●		●△		●		●△		●
大腸内視鏡検査 チェック				◎											◎						●

※計画変更の場合は
手書きで追加、抹消(二重線)

この計画表に記載してある受診月日と受診先は最低限のスケジュールです。手術病院・かかりつけ機関への受診を制限するものではありません。

●は手術病院で行います。
○はかかりつけ医療機関で行います。
◎は手術病院またはかかりつけ機関のいずれかで行います。
△はステージ I, II では省略しても可です。

診察・検査予定表：直腸がん

手術日：20 年 月 日

術後経過 年月日	1年				2年				3年				4年				5年				
	2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月																	
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
問診・診察 チェック	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
採血検査 (腫瘍マーカー) チェック	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
直腸指診 チェック			●		●		●		●		●		●		●		●		●		●
胸部CT検査 チェック			●△		●		●△		●		●△		●		●△		●		●△		●
腹部骨盤部CT検査 チェック			●		●		●		●		●		●		●△		●		●△		●
大腸内視鏡検査 チェック							◎								◎						●

※計画変更の場合は
手書きで追加、抹消(二重線)

この計画表に記載してある受診月日と受診先は最低限のスケジュールです。手術病院・かかりつけ機関への受診を制限するものではありません。

●は手術病院で行います。

○はかかりつけ医療機関で行います。

◎は手術病院またはかかりつけ機関のいずれかで行います。

△はステージ I, II では省略しても可です。

診療の記録 (2週後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
| (|) |

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
- ()

- 採血
- 胸部CT 腹部・骨盤部CT
- 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (6ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
| (|) |

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (9ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
- ()

- 採血
- 胸部CT 腹部・骨盤部CT
- 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (1年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
- ()

- 採血
- 胸部CT 腹部・骨盤部CT
- 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (1年3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
| (|) |

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (1年6ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (1年9ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (2年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
| (|) |

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (2年3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (2年6ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (2年9ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
- ()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (3年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
| (|) |

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (3年3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (3年6ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (3年9ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
- ()

- 採血
- 胸部CT 腹部・骨盤部CT
- 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (4年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
| (|) |

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (4年3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (4年6ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (4年9ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

()

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (5年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 腰の痛み |
| <input type="checkbox"/> 肛門の痛み | <input type="checkbox"/> 咳 |
| <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |
| (|) |

- 採血
 胸部CT 腹部・骨盤部CT
 大腸内視鏡 その他の検査

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 異常あり 異常なし

CEA: _____ ng/ml

CA19-9: _____ U/ml

コメント (結果貼付欄)

メモ

メモ

各部署の連絡先

手術(治療)病院【緊急時連絡先】

TEL:

診療担当科:

担当医:

かかりつけ医療機関(1)

TEL:

診療担当科:

担当医:

かかりつけ医療機関(2)

TEL:

診療担当科:

担当医:

かかりつけ薬局

TEL: