

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	5年			6年			7年			8年			9年			10年						
	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)

●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。

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。

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	5年			6年			7年			8年			9年			10年				
	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 (5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 (5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 (5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 (6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 (6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 (6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 (6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 (7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 (7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 (7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 (7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 (8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 (8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 (8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 (8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 (9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 (9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 (9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 (10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)