

大腸がん術後地域連携パス(治療計画書)

(ステージ0・I / 外科)

★ 計画策定病院
(大崎市民病院)

□ 連携医療機関
(かかりつけ医)

○ 必須項目
▲ 必要時実施項目

患者情報

大崎市民病院ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別	
生年月日	

手術情報

病名	
手術日	
手術内容	<input type="checkbox"/> 回盲部切除 <input type="checkbox"/> 高位前方切除 <input type="checkbox"/> 低位前方切除 <input type="checkbox"/> 右半結腸切除 <input type="checkbox"/> 横行結腸切除 <input type="checkbox"/> 左半結腸切除 <input type="checkbox"/> S状結腸切除 <input type="checkbox"/> 腹会陰式直腸切除術 <input type="checkbox"/> その他 ()
腹腔鏡下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
リンパ節郭清	<input type="checkbox"/> D0 <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3
病理結果 (Stage)	0・I・II IIIA・IIIB・IV

その他

--

		★		★		★		★		★		★		★		★		★
		(術後)	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年	1年	1年	2年	2年	2年	2年	3年	3年	4年	4年	5年
		30日					3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		6ヶ月		6ヶ月	
診察	問診	受診予定日 (年)																
		(月日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	食欲																	
診察	腹部症状																	
	排便																	
	体重		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診	腹部理学所見																	
	一般的内科的診察																	
	直腸指診(直腸がん)			○		○		○		○		○		○		○		○
採血	血算・生化学																	
	腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	胸部レントゲンまたは胸部CT																	
	腹部超音波または腹部CT ※直腸がんはCT検査時、 腹部・骨盤を撮影			○ CTが望ましい		○ CTが望ましい		○ CTが望ましい		○ CTが望ましい		○ CTが望ましい		○ CTが望ましい		○ CTが望ましい		○ CTが望ましい
	大腸内視鏡検査			▲		○				▲				○		▲		▲

備考 治療計画は現時点のものであり、患者さんの病状によって変わる場合があります。

検査結果の説明は検査当日ではなく、後日になる場合があります。詳しくは診察・検査時にお尋ねください。

計画策定病院／大崎市民病院外科
説明日:平成 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。
平成 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)

かかりつけ医:
説明日:平成 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。
平成 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)