

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 ・ 埼玉石心会病院 ・ 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

●の節目健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)

●の節目健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 | ①20____年____月____日 |
| | ②20____年____月____日 |
| | ③20____年____月____日 |
| | ④20____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 |
| 大腸がんの占拠部位: C A T D S R _s R _a R _b 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() HOPOMO 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) | |