

# 共同診療計画書(大腸がんステージⅡ/Ⅲ)

氏名 \_\_\_\_\_

病院名: \_\_\_\_\_ 担当医: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_)

調剤薬局名: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_)

かかりつけ医名: \_\_\_\_\_ 担当医: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_)

調剤薬局名: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_)

	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関または病院	連携医療機関	病院	連携医療機関	連携医療機関または病院	連携医療機関	病院	
	1年				2年				3年				4年				5年					
	(1ヶ月)	(3ヵ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	
<b>達成目標</b> 術後連携によるフォローアップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術後後遺症への対応 手術後後遺症、再発の早期発見	→																					
<b>連携、連絡</b> 術後連携の説明 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	→																					
<b>教育・指導</b> 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 貧血 下痢 腹部膨満 腸閉塞症状 排尿障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>診察・検査</b> 全身状態 PS 血圧 体温 体重 ( kg) 身長 ( cm) 問診 全身症状 腹部症状 視触診 顔面: 貧血、黄疸 頸部: 鎖骨上窩リンパ節腫大 腹部 直腸指診[直腸癌の場合]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>検査</b>	末梢血一般、生化学	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー(CEA/CA19-9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CT検査(胸部) 腹部CT検査(結腸癌、RS癌の場合) 腹部骨盤CT検査(直腸癌の場合) 大腸内視鏡検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■: かかりつけ医でも可能(かかりつけ医で検査を行う場合は、病院受診以前に検査施行し、データを貼付する事)

※StageⅢのみ□

※StageⅢのみ□

(□): 症例の進行度によって施行を決定する(注意: 大腸癌治療ガイドライン2014年度版では、ステージⅡ/Ⅲ大腸癌のフォローアップでは、3年目までは半年毎のCT検査が推奨されている。)