

千葉県共用がん地域医療連携パス 診療計画表
(大腸がん ステージⅠ・Ⅱ)

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

患者様氏名	様	生年月日・性別	MTSH ____年__月__日 (____歳) 男・女
(ID)		

入院中 (入院日: ____年__月__日)	
計画策定病院	入院中の治療
	<input type="checkbox"/> 手術
	<input type="checkbox"/> 化学療法
	<input type="checkbox"/> 放射線治療
	<input type="checkbox"/> 入院緩和治療
退院後の目標	
<input type="checkbox"/> その他の治療	

退院後 (退院日: ____年__月__日)													
経過	2~4週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	
受診	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
検査	腫瘍マーカー	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部CT			●		●		●		●		●	
	腹部・骨盤CT			●		●		●		●		●	
	直腸指診			●		●		●		●		●	
	大腸内視鏡検査					●							
経過	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年								
受診	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●			
検査	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○							
	胸部CT		●		●		●		●		●		
	腹部・骨盤CT		●		●		●		●		●		
	直腸指診		●										
	大腸内視鏡検査		●										

●は、計画策定病院へ受診して検査をします。
○は、連携医療機関へ受診して検査をします。

診療上必要がある場合には、上記の受診日以外にも受診していただきます。

私は、大腸がんの診療計画について説明を受けました。
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。

平成 ____年__月__日 お名前 _____ (本人・家族)