

# 医療機関用 共同診療計画表（大腸がん術後）

様 歳 男・女

手術病院： 山形県立新庄病院 主治医： (電話：0233-22-5525) 手術日： 令和 年 月 日

かかりつけ機関： 主治医： (電話： ) 手術術式：

保険薬局： 薬剤師： (電話： )

パス逸脱(事由) 令和 年 月 日

- : 手術病院で実施
- : かかりつけ機関で実施
- ◎: 手術病院もしくはかかりつけ医療機関で実施
- ※患者様の都合や医療機関双方の話し合いでフレキシブルな連携体制が取れるよう口にしてあります。必要時口にて利用。

- △: 必要時に実施
- ★: 術前検査不十分の場合実施
- : Stage III大腸がんの際に実施
- ▲: 補助化学療法施行時に実施 \*はStage II大腸がんの場合
- : Stage I、ハイリスクを除くStage IIについては省いても良い

計画変更時は手書きで追加・抹消(二重線)のこと

			手術病院	手術病院	手術病院 or かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院 or かかりつけ 機関	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院 or かかりつけ 機関	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院 or かかりつけ 機関	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	
(術後)			2週~2ヶ月 毎月受診	3ヶ月 月 日	4~5ヶ月 適宜受診	6ヶ月 月 日	7~8ヶ月 適宜受診	9ヶ月 月 日	10~11ヶ月 適宜受診	1年 月 日	1年1~2ヶ月 適宜受診	1年3ヶ月 月 日	1年4~5ヶ月 適宜受診	1年6ヶ月 月 日	1年7~8ヶ月 適宜受診	1年9ヶ月 月 日	1年10~11ヶ月 適宜受診	2年 月 日		
診察	問診	食欲																		
		腹部症状																		
	視触診	排便	<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"/>
		体重	<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"/>
採血	視触診	腹部理学所見																		
		一般的内科的診察																		
		直腸指診(直腸癌)				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
検査	採血	血算・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"/>	△	
		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"/>
検査	採血	胸部CT検査				○								○						
		腹部骨盤部CT検査				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		大腸内視鏡検査				★				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	

			かかりつけ 機関	手術病院 or かかりつけ 機関	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院 or かかりつけ 機関	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	手術病院	かかりつけ 機関	
(術後)			2年1~2ヶ月 適宜受診	2年3ヶ月 月 日	2年4~5ヶ月 適宜受診	2年6ヶ月 月 日	2年7~8ヶ月 適宜受診	2年9ヶ月 月 日	2年10~11ヶ月 適宜受診	3年 月 日	3年1~5ヶ月 適宜受診	3年6ヶ月 月 日	3年7~11ヶ月 適宜受診	4年 月 日	4年1~5ヶ月 適宜受診	4年6ヶ月 月 日	4年7~11ヶ月 適宜受診	5年 月 日		
診察	問診	食欲																		
		腹部症状																		
	視触診	排便	<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"/>
		体重	<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"/>
採血	視触診	腹部理学所見																		
		一般的内科的診察																		
		直腸指診(直腸癌)				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
検査	採血	血算・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"/>	△	
		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"/>
検査	採血	胸部CT検査				○						■		<input type="checkbox"/>		■		<input type="checkbox"/>		
		腹部骨盤部CT検査				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		■		<input type="checkbox"/>		■		<input type="checkbox"/>		
		大腸内視鏡検査				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		

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。パス5年目以降の継続については、手術病院の主治医が判断することと致します。