

# 大腸がん術後地域連携パス（治療計画書）

## 患者情報

東北医科薬科大学病院ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別	
生年月日	年 月 日

## 手術情報

手術日	年 月 日	
切除部位 ・術式	<input type="checkbox"/> 結腸 <input type="checkbox"/> 直腸S状部 <input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右結腸 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 左半結腸 <input type="checkbox"/> 横行 <input type="checkbox"/> 下行 <input type="checkbox"/> S状 <input type="checkbox"/> 左半 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 低位前方 <input type="checkbox"/> マイルズ <input type="checkbox"/> ハルトマン <input type="checkbox"/> その他（ ）
	アプローチ <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 開腹	
リンパ節郭清	<input type="checkbox"/> D0 <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3	
ステージ	0・I・II・IIIA・IIIB	

時期	術後経過		30日		3か月		6か月		9か月		1年		1年		2年		2年		3年		3年		4年		4年		5年	
	受診予定日 (年) (月日)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診療	問診	食欲 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CT				●		●		●		●		●		●		●		●		●	(●)	●	(●)	●		●	
	腹部CT				●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
	大腸内視鏡検査				▲		●		●		▲		●		●		●		●		▲		●		▲		●	

●は計画策定病院、○はかかりつけ医で実施。▲は必要時。()はStage IIIの場合のみ

\*治療計画は患者さんの病状によって変わることがあります。

計画策定病院：東北医科薬科大学病院
説明日：年 月 日
主治医：

かかりつけ医：
署名日：年 月 日
主治医：

地域連携パスについて計画策定病院主治医より説明を受け同意します。	
同意日：	年 月 日
患者	
又は家族	続柄（ ）