大腸がん地域連携パス（手術療法後）

計画策定病院：　県立広島病院　　医師名：

連携医療機関：　　医師名：　　先生

患者ID	@{Patient.ID}	術式	
患者名	@{Patient.Name}	切除部位	
生年月日	@{Patient.BirthdayJC}	病期	
退院日	年　月　日	手術日	年　月　日

術後経過年月							1年				2年				3年		4年	
		1ケ月	3ケ月	6ケ月	9ケ月	12ケ月	3ケ月	6ケ月	9ケ月	12ケ月	3ケ月	6ケ月	9ケ月	12ケ月	6ケ月	12ケ月	6ケ月	12ケ月
受診医療機関		県立広島病院		県立広島病院		県立広島病院		県立広島病院		県立広島病院		県立広島病院		県立広島病院	県立広島病院	県立広島病院	県立広島病院	県立広島病院
病院受診日		／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／	／ ／
問診・視触診	腹部症状	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	消化器症状	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	排便状態	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
血液検査	末梢血一般	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	生化学	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	CEA	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	CA19-9	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
画像検査	造影CT（または単純CT・腹部エコー）			□		□		□		□		□		□		□		□
	下部消化管内視鏡検査					□ 内視鏡実施可能施設もしくは県立広島病院				□ 内視鏡実施可能施設もしくは県立広島病院				□ 内視鏡実施可能施設もしくは県立広島病院		□ 内視鏡実施可能施設もしくは県立広島病院		□ 内視鏡実施可能施設もしくは県立広島病院
その他																		
バリアンス		有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無	有　無

＊実施したものは■に変更。連携医療機関で血液検査を実施した際は，連携医療機関から検査結果等をFAXもしくはご郵送ください。
＊必要時に施行：腹部エコー，上部消化管内視鏡検査，MRI，PETを実施します。
＊5年経過後は検診や人間ドックを推奨します。