

大腸がん地域連携パス Stage I（内視鏡治療）

| 患者ID | | | | | | 連携医療機関名 | | | | | | 連絡先 | | | | | |
|--------------|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------|------------|---------|---------|--|--|
| 生年月日 | | | | | | 医師名 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ 患者氏名 | | | | | | 専門医療機関名 | 県立広島病院 | | | | | 連絡先 | 県立広島病院(代表) | | | | |
| | | | | | | 医師名 | | | | | | (082) 254 - 1818 | | | | | |
| 病名 | | 退院日 | ()ヶ月後 | ()ヶ月後 | 6ヶ月後 | 1年後 | 2年後 | 3年後 | 4年後 | 5年後 | 6年後 | 7年後 | 8年後 | 9年後 | 10年後 | | |
| 初回治療 | 内視鏡的粘膜切除術 (ESD) | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | 西暦 年 | | |
| | 年月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | 月日 | | |
| 臨床症状 | 全身状態 | ★ | ★ | ★ | ★ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 腹痛の有無 | ★ | ★ | ★ | ★ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 消化器症状 | ★ | ★ | ★ | ★ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 排便回数/性状 | ★ | ★ | ★ | ★ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| 採血 | 一般血液検査 | — | — | — | — | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 腫瘍 マーカー (必要時) | CEA | — | — | — | | | | | | | | | | | | |
| | | CA19-9 | — | — | — | — | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 下部消化管内視鏡検査 | — | ★ | ★ | ★ | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | | |
| | | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | | |
| | 超音波検査 | — | — | — | ★ | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | | |
| 腹部造影CT | — | — | — | ★ | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | 連携医 | | | |
| | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆連携医療機関の先生へ◆

- ・実施された項目については、✓チェックをして検査データと一緒に県立広島病院へお送りください。
- ・腫瘍マーカーは、数値を記入してください。

- ・・・連携医で実施します。
- ◎・・・連携医か県立広島病院のどちらかで実施します。予め、決めておきます。
- ★・・・県立広島病院で必要時、適宜、実施します。