

様式 1 3 の 3

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

手術日	____年____月____日	1ヶ月	3ヶ月
		____年 ____月____日	____年 ____月____日
問診・診察		○	○
	チェック		
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)			△
	チェック		
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査			
	チェック		
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査			
	チェック		
上部消化管内視鏡検査			△
	チェック		
連携 診療情報提供書の発行			
	チェック		
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

患者さんに渡す前に、表中の○について、あらかじめ役割分担を決め、
 ◎かかりつけ医療機関が行う ●手術病院が行う
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う
 のいずれかを記述してください。
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。
 尚、病状に応じて検査の追加・省略することがあります。

6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月
____年 ____月____日	____年 ____月____日	____年 ____月____日	____年 ____月____日	____年 ____月____日
○	○	○	○	○
○	△	○	△	○
△		○		△
		○		
△		○		△

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

患者さんに渡す前に、表中の○について、あらかじめ役割分担を決め、
 ◎かかりつけ医療機関が行う ●手術病院が行う
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う
 のいずれかを記述してください。
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。
 尚、病状に応じて検査の追加・省略することがあります。

手術日	____年____月____日	1年9ヶ月	2年
		____年 ____月____日	____年 ____月____日
問診・診察		○	○
	チェック		
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		△	○
	チェック		
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査			○
	チェック		
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査			○
	チェック		
上部消化管内視鏡検査			△
	チェック		
連携 診療情報提供書の発行			
	チェック		
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月
____年 ____月____日	____年 ____月____日	____年 ____月____日	____年 ____月____日	____年 ____月____日
○	○	○	○	○
△	○	△	○	△
	△		○	
	△		○	
	△		△	

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

手術日	_____年_____月_____日	3年6ヶ月	3年9ヶ月
		_____年 ____月__日	_____年 ____月__日
問診・診察		○	○
チェック			
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	△
チェック			
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査		△	
チェック			
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査		△	
チェック			
上部消化管内視鏡検査		△	
チェック			
連携 診療情報提供書の発行			
チェック			
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

患者さんに渡す前に、表中の○について、あらかじめ役割分担を決め、

◎かかりつけ医療機関が行う ●手術病院が行う

□かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う

のいずれかを記述してください。

△は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

尚、病状に応じて検査の追加・省略することがあります。

4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
_____年 ____月__日	_____年 ____月__日	_____年 ____月__日	_____年 ____月__日	_____年 ____月__日
○	○	○	○	○
○	△	○	△	○
○		△		○
○		△		○
△		△		△