

様式 13 の 3

診察・検査予定表（大腸がん）

手術日	____年____月____日	2週	3ヶ月
		____年 __月__日	____年 __月__日
問診		○	○☆
	チェック		
採血検査（CEA/CA19-9）		○	○
測定値（CEA/CA19-9）		/	/
	チェック		
直腸指診			
	チェック		
胸部CT検査または胸部X P			
	チェック		
腹部CT検査または超音波検査			
	チェック		
大腸内視鏡検査			☆
	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

のいずれかを記述してください。

- ・(○) は直腸がんの場合の追加項目です。(結腸がん、直腸S状部がんでは省略可)
- ・△はステージⅠ・Ⅱでは省略可です。
- ・内視鏡治療後の経過観察の場合は☆について検査を実施します。(他の検査項目は省略可)

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（大腸がん）

手術日	_____年____月____日	1年9ヶ月	2年
		_____年 ____月____日	_____年 ____月____日
問診		○	○☆
	チェック		
採血検査（CEA/CA19-9）		○	○
測定値（CEA/CA19-9）		/	/
	チェック		
直腸指診			(○)
	チェック		
胸部CT検査または胸部X P			○
	チェック		
腹部CT検査または超音波検査			○
	チェック		
大腸内視鏡検査			(○) ☆
	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

のいずれかを記述してください。

・(○)は直腸がんの場合の追加項目です。(結腸がん、直腸S状部がんでは省略可)

・△はステージⅠ・Ⅱでは省略可です。

・内視鏡治療後の経過観察の場合は☆について検査を実施します。(他の検査項目は省略可)

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（大腸がん）

手術日	_____年_____月_____日	3年6ヶ月	3年9ヶ月
		_____年 ____月____日	_____年 ____月____日
問診		○	○
	チェック		
採血検査（CEA/CA19-9）		○	○
測定値（CEA/CA19-9）		/	/
	チェック		
直腸指診			
	チェック		
胸部CT検査または胸部X P		○△	
	チェック		
腹部CT検査または超音波検査		○△	
	チェック		
大腸内視鏡検査			
	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

のいずれかを記述してください。

・(○)は直腸がんの場合の追加項目です。(結腸がん、直腸S状部がんでは省略可)

・△はステージⅠ・Ⅱでは省略可です。

・内視鏡治療後の経過観察の場合は☆について検査を実施します。(他の検査項目は省略可)

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
○☆	○	○	(○)	○☆
○	○	○	(○)	○
/	/	/	/	/
○		○△		○
○		○△		○
☆				○※1☆

※1 直腸がん手術後の経過観察は省略可