

大腸がん術後地域連携クリティカルパス(医療者向け)

手術病院 _____
 かかりつけ医 _____

担当医 _____
 担当医 _____

連絡先 _____
 連絡先 _____

患者情報

カルテ番号 _____

ふりがな _____
 患者氏名 _____ 様 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術情報

病名 (_____ 腸癌)

手術日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

退院日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術内容
 回盲部切除 高位前方切除
 右半結腸切除 低位前方切除
 横行結腸切除 腹会陰直腸切断術
 左半結腸切除 その他(_____)
 S状結腸切除 腹腔鏡補助下 Yes No

最終診断
 m, sm, mp, ss, se, si, a, ai n H P M
 Stage I, II, III, IV

投薬情報

補助化学療法 (薬品名, 投与方法)

投与予定期間 _____ 年間 (投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

備考

○は必須項目 △は必要時実施項目 ●は術前検査不十分の場合 □はStage IIIの際には実施 ▲は補助化学療法施行時に実施

	(術後)	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
		1~2ヶ月 適宜受診	3ヶ月 月 日	4~5ヶ月 適宜受診	6ヶ月 月 日	7~8ヶ月 適宜受診	9ヶ月 月 日	10~11ヶ月 適宜受診	1年 月 日	1年1~2ヵ月 適宜受診	1年3ヶ月 月 日	1年4~5ヶ月 適宜受診
診察	問診	○	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△
	視触診	○	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△
採血	血算・生化学	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	△	○	△
	CEA・CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	胸部CT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腹部骨盤CT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	補助化学療法薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	(術後)	手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医
		1年6ヶ月 月 日	1年7~8ヶ月 適宜受診	1年9ヶ月 月 日	1年10~11ヶ月 適宜受診	2年 月 日	2年1~2ヶ月 適宜受診	2年3ヶ月 月 日	2年4~5ヶ月 適宜受診	2年6ヶ月 月 日	2年7~8ヶ月 適宜受診	2年9ヶ月 月 日
診察	問診	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○
	視触診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血算・生化学	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○
	CEA・CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	胸部CT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腹部骨盤CT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	補助化学療法薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	(術後)	かかりつけ医	手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医または手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医または手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医または手術病院	かかりつけ医	かかりつけ医または手術病院
		2年10~11ヶ月 適宜受診	3年 月 日	3年1~5ヶ月 適宜受診	3年6ヶ月 月 日	3年7~11ヶ月 適宜受診	4年 月 日	4年1~5ヶ月 適宜受診	4年6ヶ月 月 日	4年7~11ヶ月 適宜受診	5年 月 日
診察	問診	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○
	視触診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血算・生化学	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○
	CEA・CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	胸部CT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腹部骨盤CT検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	補助化学療法薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○