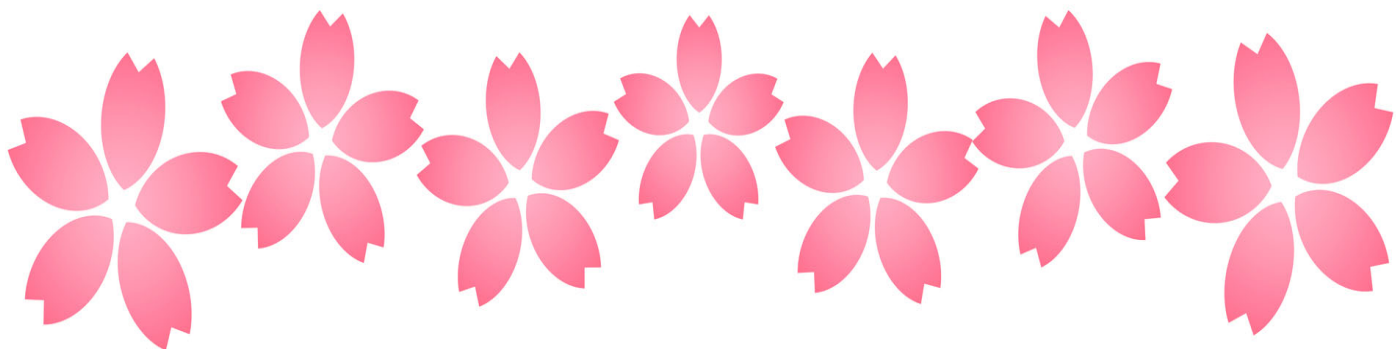




# 秋田県医療連携手帳 「私のカルテ」





この手帳は、手術病院と地域のかかりつけ医が協力し、患者さんの視点にたった安心で質の高い医療を提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

内容には、①患者さんの診療情報、②退院後の生活について、③今後の診療予定表、④通信欄などが含まれています。

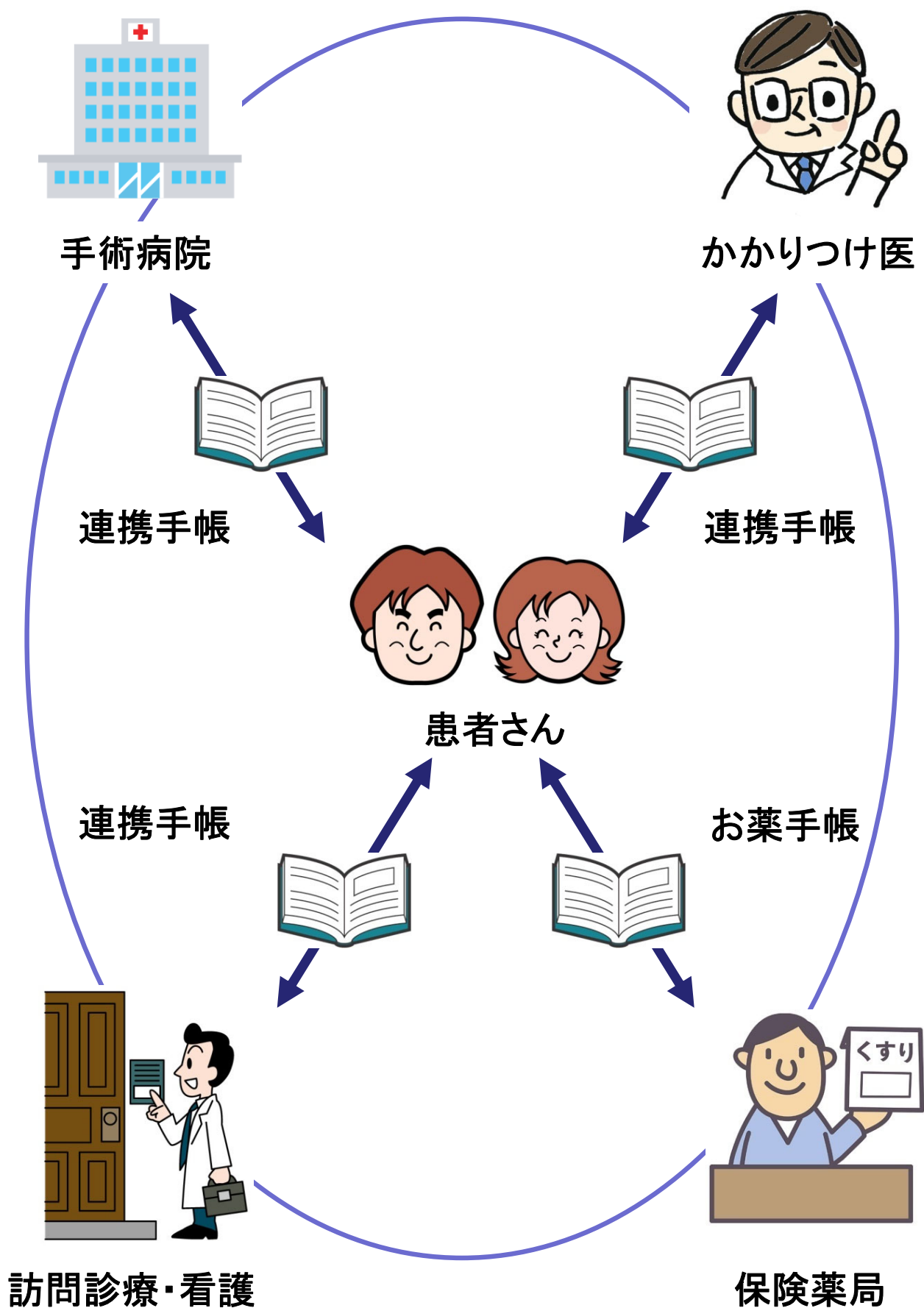
この手帳を活用し、かかりつけ医と手術病院の医師が協力して患者さんの治療を行います。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や大きな検査は手術病院が行います。何か心配なことがあるときには、まずかかりつけ医に相談して下さい。適宜必要に応じ手術病院を受診していただきます。また、緊急を要する場合で休日や夜間などでかかりつけ医を受診できない場合は、手術病院までご連絡下さい。



[illegible]

# 地域医療連携とは



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です。医療機関受診時にお忘れなく。

[illegible]

ふりがな  
お名前

生年月日 明・大・昭・平\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身長 \_\_\_\_\_cm 体重（退院時）\_\_\_\_\_ kg

手術病院

TEL

ID

担当医

退院日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

かかりつけ医療機関(1)

医師名

TEL

かかりつけ医療機関(2)

医師名

TEL

かかりつけ医療機関(3)

医師名

TEL

かかりつけ薬局

TEL

既往歴および現在治療中の病気

---

---

---

---

---

アレルギー

---

---

---

---

---

内服薬（お薬手帳がある場合は記入不要）

---

---

---

---

---

手術日（治療日）

① \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
② \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
③ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

病変①

☐C ☐A ☐T ☐D ☐S ☐Rs ☐Ra ☐Rb ☐P ☐E

形態分類 \_\_\_\_\_型 大きさ \_\_\_\_\_cm

壁深達度 T\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ M\_\_\_\_\_

Stage: ☐0 ☐I ☐II ☐IIIa ☐IIIb ☐IV

組織: ☐腺癌\_\_\_\_\_ ☐その他\_\_\_\_\_

病変②

病変③

術式①

開胸・腹腔鏡（補助）下

☐回盲部切除 ☐右結腸切除 ☐右半結腸切除

☐横行結腸切除 ☐下行結腸切除 ☐S状結腸切除

☐左結腸切除 ☐左半結腸切除 ☐前方切除

☐低位前方切除 ☐マイルズ ☐ハルトマン

☐局所切除（ \_\_\_\_\_ ）

☐その他（ \_\_\_\_\_ ）

術式②

術式③

術前CEA値 \_\_\_\_\_ng/ml 正常値（ \_\_\_\_\_以下）

術前CA19-9値 \_\_\_\_\_U/ml 正常値（ \_\_\_\_\_以下）

[illegible]

# 退院後の食生活について



## 食事について

退院後はお粥ではなくご飯を召し上がってもらってかまいませんが、よく噛んで食べることを心がけてください。

原則的には、食事の種類に制限はありません。つまり、何を食べてもかまいませんが、食物繊維が多く含まれているものや消化しにくいものは、腸閉塞の原因となることがありますので、術後2ヶ月は控えたほうがよいでしょう。

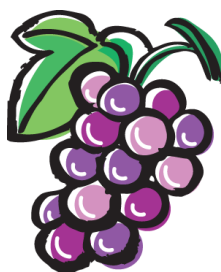
消化の悪いものや刺激物、偏った食事、暴飲、暴食、早食いは避け、消化の良いものを中心としたバランスのとれた食事をゆっくり楽しく食べるよう心がけてください。

### <繊維の多い食品>

ごぼう、キノコ類、こんにゃく、海草類、セロリ、たけのこ、はす、漬け物、れんこんなど

### <刺激物>

唐辛子、コーヒー、紅茶





## 手術後におこりやすい症状について

### 1) 食べ過ぎによる症状

早食いや大食いは、腹痛や腹部膨満、吐き気の原因になります。腹八分目を守り、ゆっくり時間をかけて食事をしてください。

### 2) 排便の異常

大腸を切り取ったために栄養吸収や食事摂取量の低下、それらに伴う体重減少などのトラブルはほとんどありません。しかし排便習慣は術前と変わってしまいます。それは手術をした部位により症状が異なります。

特に直腸（肛門の近く）を切除した場合には、便をためる能力と便を押し出す能力が低下するため、1回の便量が減少し、排便の回数が増加したり、1回で全てできらず、残便感があるなどの排便機能障害をきたします。

下痢は大腸での水分の吸収力の低下が主な原因です。一日に5回以上の下痢が続く場合は脱水になることがあり、早急に医師に相談してください。

また、腸の動きが悪くなると内容物の通過不良が生じ、それを原因として便秘から腸閉塞（ちょうへいそく）となる場合があります。水分を多くとり体を動かすことを心がけてください。

これらの症状は、多くの場合食事療法や下剤や消化薬でコントロールすることができ、術後一定の期間が過ぎると生じにくくなります。かかりつけ医と相談し良好な排便コントロールに心がけてください。





## 腸閉塞について

腹部の手術後、腸と腹壁、腸どうしの癒着が起こります。この癒着の部分を中心に腸がおれまがったり、ねじれたりして腸がつまった状態を腸閉塞といいます。

症状としてお腹の張り、腹痛、吐き気、嘔吐などが起こります。お腹が張るのに、おならも便も全く出ないことが最初の兆候です。腹痛の特徴としては、時々差し込むような痛みと腹痛を感じないときが周期的に何回も繰り返すのが特徴です。特に痛みが強いときは、我慢せずかかりつけ医の先生に連絡を取り、指示を仰いでください。

## 内服薬について

病院で処方された薬は、消化剤や化学療法剤で、手術後の状態を安定させるためや手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬は飲み忘れずに、時間を守って飲むようにしましょう。

下剤は、排便状況をみて調節してください。

薬を飲んで副作用や気になることがあれば、医師、看護師または薬剤師にお気軽にご相談ください。





## 日常生活について



### 1) 運動について

体力回復や筋力低下の防止には適度な運動が必要です。散歩など軽い運動を日課に取り入れ規則正しい生活を送るようにしていきましょう。また、激しい運動に関しては医師に確認してください。

### 2) 入浴について

お風呂は手術前と同様に入ってかまいません。傷はふつうに石鹸できれいに洗ってください。温泉は場所によってお湯の強さがあり、体に悪影響をおよぼす場合もあります。医師にご相談ください。また、人工肛門の管理については、医師や看護師にご相談ください。

### 3) 退院後のお仕事について

体の回復には個人差があり、お仕事を再開する時期も人それぞれです。体の回復状況と仕事量を考慮して判断することが重要です。初めは短時間労働から始めたり、仕事量を制限して始めるとよいでしょう。これらについて対処する産業医がお勤め先にいれば、産業医にご相談ください。

### 4) たばこ、酒について

たばこは腸の血流を悪くし運動を抑えますので、禁煙してください。飲酒に関しては医師に相談してください。



# 定期検査について



大腸の手術を受けられた方は、通常5年間、定期検査を受けていただく必要があります。

14ページ以降に「診察・検査予定表」として定期検査の予定をまとめました。

手術後はかかりつけ医と手術を施行した病院の両方で診察を受けていただき、定期的に検査を行ってもらい、体調の変化や再発の有無のチェックをしていただきます。

表に示すとおりの間隔で病院を受診していただき、検査予定欄に示す検査を受けていただきます。適宜受診と書かれているところは、必要に応じ受診していただきます。医師の指示に従ってください。

緊急時や入院治療が必要な時は、かかりつけ医の指示で、手術病院を受診していただくことになります。

体調などでお困りの時にも、まずかかりつけ医にご相談ください。

なお、大腸以外（胃，肺，肝臓，乳腺，子宮，卵巣，前立腺）の病気に関しては検査の対象外となります。かかりつけ医の先生に診ていただくか、地域の健康診断などをご自身で必ず受けてください。



[illegible]

# 大腸術後連携パス（1ヶ月～6ヶ月）



|           |                  |          | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|----------|--------|--------|--------|
|           |                  |          | 1ヶ月    | 2か月    | 3か月    |
|           |                  |          | 月 日    | 月 日    | 月 日    |
| 診察        | 問診               | 食欲       | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状     |        |        |        |
|           |                  | 排便       |        |        |        |
|           | 体重               |          |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見   |        |        |        |
|           |                  | 一般的内科的診察 |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |          |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |          | ▲      | ▲      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |          |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |          |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |          |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |          |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |          | △      | △      | △      |
|           | 補助化学療法薬          |          |        |        |        |
| 自己<br>検診  | 体重               |          |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |          |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |          |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |          |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |          |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |          |        |        |        |
|           | 手足の皮膚の異常はないか     |          |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



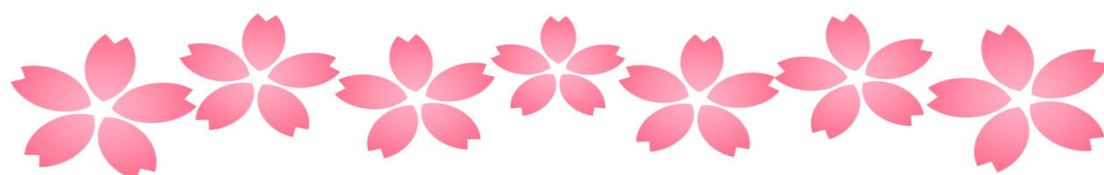
○：必須項目 ●：術前に検査不十分な場合行います。

△：必要時に行います。 ▲：補助化学療法施行時に行います。



| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 手術病院 |
|--------|--------|------|
| 4ヶ月    | 5ヶ月    | 6ヶ月  |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日  |
| ○      | ○      | ○    |
|        |        | ○    |
| ▲      | ▲      | ○    |
|        |        | ○    |
|        |        | ○    |
|        |        | ○    |
|        |        | ●    |
| △      | △      | △    |
|        |        |      |
|        |        |      |
|        |        |      |
|        |        |      |
|        |        |      |
|        |        |      |

～メモ～



# 大腸術後連携パス（7ヶ月～1年）

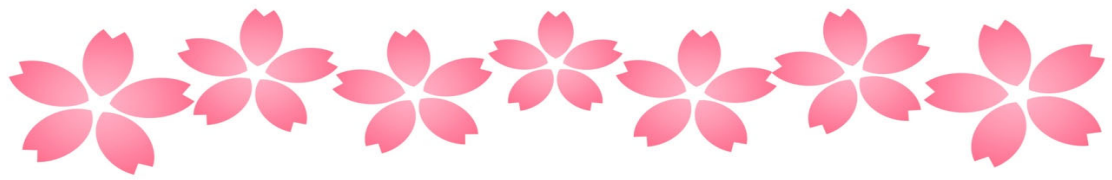


|           |                  |          | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|----------|--------|--------|--------|
|           |                  |          | 7ヶ月    | 8か月    | 9か月    |
|           |                  |          | 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日    |
| 診察        | 問診               | 食欲       | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状     |        |        |        |
|           |                  | 排便       |        |        |        |
|           | 体重               |          |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見   |        |        |        |
|           |                  | 一般的内科的診察 |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |          |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |          | ▲      | ▲      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |          |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |          |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |          |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |          |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |          | △      | △      | △      |
|           | 補助化学療法薬          |          |        |        |        |
| 自己<br>検診  | 体重               |          |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |          |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |          |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |          |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |          |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |          |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |          |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





○：必須項目    △：必要時に行います    ▲：補助化学療法施行時に実施

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 手術病院      |
|--------|--------|-----------|
| 10ヶ月   | 11ヶ月   | 1年        |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日       |
| ○      | ○      | ○         |
|        |        | ○         |
| ▲      | ▲      | ○         |
|        |        | ○         |
|        |        | ○         |
|        |        | ○         |
|        |        | (CTが望ましい) |
|        |        | ○         |
| △      | △      | △         |
|        |        |           |
|        |        |           |
|        |        |           |
|        |        |           |
|        |        |           |
|        |        |           |

～メモ～





サイン

[illegible]



サイン

[illegible]

# 大腸術後連携パス（1年1ヶ月～6ヶ月）



|           |                  |        | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|--------|--------|--------|--------|
|           |                  |        | 1年1ヶ月  | 1年2か月  | 1年3か月  |
|           |                  |        | 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日    |
| 診察        | 問診               | 食欲     | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状   |        |        |        |
|           |                  | 排便     |        |        |        |
|           | 体重               |        |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見 |        |        |        |
| 一般的内科的診察  |                  |        |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |        |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |        | △      | △      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |        |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |        |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |        |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |        |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |        | △      | △      | △      |
| 自己検診      | 体重               |        |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |        |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |        |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |        |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |        |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |        |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |        |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。

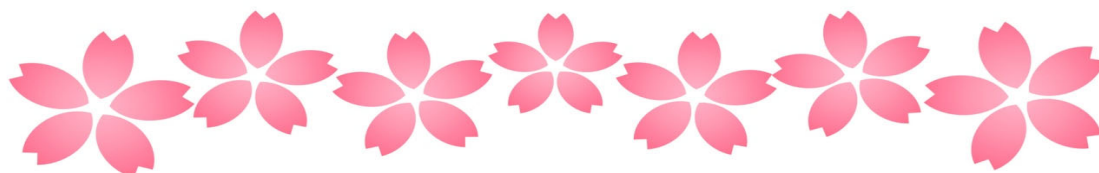




○：必須項目    △：必要時に行います

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 手術病院  |
|--------|--------|-------|
| 1年4ヶ月  | 1年5ヶ月  | 1年6ヶ月 |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日   |
| ○      | ○      | ○     |
|        |        | ○     |
| △      | △      | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        |       |
| △      | △      | △     |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |

～メモ～



# 大腸術後連携パス（１年７ヶ月～２年）

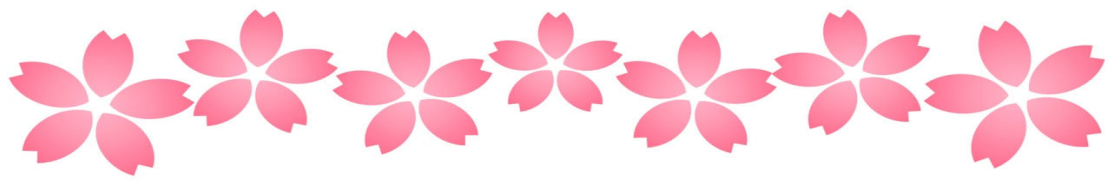


|           |                  |        | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|--------|--------|--------|--------|
|           |                  |        | 1年7ヶ月  | 1年8か月  | 1年9か月  |
|           |                  |        | 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日    |
| 診察        | 問診               | 食欲     | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状   |        |        |        |
|           |                  | 排便     |        |        |        |
|           | 体重               |        |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見 |        |        |        |
| 一般的内科的診察  |                  |        |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |        |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |        | △      | △      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |        |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |        |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |        |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |        |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |        | △      | △      | △      |
| 自己検診      | 体重               |        |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |        |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |        |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |        |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |        |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |        |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |        |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





○：必須項目 △：必要時に行います

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 手術病院           |
|--------|--------|----------------|
| 1年10ヶ月 | 1年11ヶ月 | 2年             |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日            |
| ○      | ○      | ○              |
|        |        | ○              |
| △      | △      | ○              |
|        |        | ○              |
|        |        | ○              |
|        |        | ○<br>(CTが望ましい) |
|        |        | △              |
| △      | △      | △              |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |

～メモ～



**通信欄（2年目）（かかりつけ医→手術病院）**



年. 月. 日

サイン



サイン

This image shows a full page of graph paper. It features a uniform grid of small squares created by horizontal and vertical dotted lines. The grid covers the entire area of the page, leaving no margins or other markings.

# 大腸術後連携パス（2年1ヶ月～6ヶ月）



|           |                  |        | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|--------|--------|--------|--------|
|           |                  |        | 2年1ヶ月  | 2年2か月  | 2年3か月  |
|           |                  |        | 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日    |
| 診察        | 問診               | 食欲     | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状   |        |        |        |
|           |                  | 排便     |        |        |        |
|           | 体重               |        |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見 |        |        |        |
| 一般的内科的診察  |                  |        |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |        |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |        | △      | △      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |        |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |        |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |        |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |        |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |        | △      | △      | △      |
| 自己検診      | 体重               |        |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |        |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |        |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |        |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |        |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |        |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |        |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





○：必須項目 △：必要時に行います

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 手術病院  |
|--------|--------|-------|
| 2年4ヶ月  | 2年5ヶ月  | 2年6ヶ月 |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日   |
| ○      | ○      | ○     |
|        |        | ○     |
| △      | △      | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        |       |
| △      | △      | △     |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |

～メモ～



# 大腸術後連携パス（2年7ヶ月～3年）

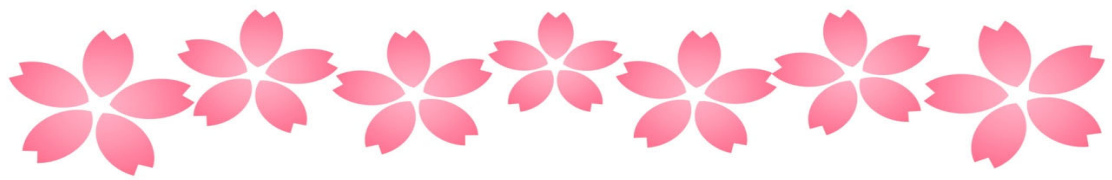


|           |                  |        | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|--------|--------|--------|--------|
|           |                  |        | 2年7ヶ月  | 2年8か月  | 2年9か月  |
|           |                  |        | 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日    |
| 診察        | 問診               | 食欲     | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状   |        |        |        |
|           |                  | 排便     |        |        |        |
|           | 体重               |        |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見 |        |        |        |
| 一般的内科的診察  |                  |        |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |        |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |        | △      | △      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |        |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |        |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |        |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |        |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |        | △      | △      | △      |
| 自己検診      | 体重               |        |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |        |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |        |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |        |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |        |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |        |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |        |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





○：必須項目 △：必要時に行います

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 手術病院           |
|--------|--------|----------------|
| 2年10ヶ月 | 2年11ヶ月 | 3年             |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日            |
| ○      | ○      | ○              |
|        |        | ○              |
| △      | △      | ○              |
|        |        | ○              |
|        |        | ○              |
|        |        | ○<br>(CTが望ましい) |
|        |        | ○              |
| △      | △      | △              |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |
|        |        |                |

～メモ～





サイン

This image shows a full page of blank graph paper. The grid consists of horizontal and vertical dotted lines forming squares across the entire page. There are no margins, text, or other markings present.



サイン

This image shows a full page of graph paper. It features a uniform grid of small squares created by horizontal and vertical dotted lines. The grid covers the entire area of the page, leaving no margins or other markings.

# 大腸術後連携パス（3年1ヶ月～6ヶ月）

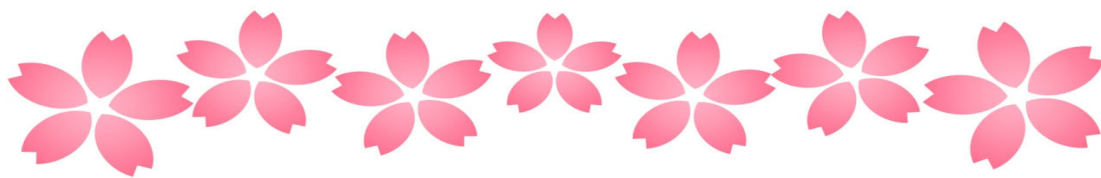


|           |                  |          | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|----------|--------|--------|--------|
|           |                  |          | 3年1ヶ月  | 3年2か月  | 3年3か月  |
|           |                  |          | 適宜受診   | 適宜受診   | 適宜受診   |
| 診察        | 問診               | 食欲       | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状     |        |        |        |
|           |                  | 排便       |        |        |        |
|           | 体重               |          |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見   |        |        |        |
|           |                  | 一般的内科的診察 |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |          |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |          | △      | △      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |          |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |          |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |          |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |          |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |          | △      | △      | △      |
| 自己<br>検診  | 体重               |          |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |          |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |          |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |          |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |          |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |          |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |          |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





○：必須項目 △：必要時に行います □：ステージⅢ大腸癌の際には実施

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医<br>または<br>手術病院 |
|--------|--------|-----------------------|
| 3年4ヶ月  | 3年5ヶ月  | 3年6ヶ月                 |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日                   |
| ○      | ○      | ○                     |
|        |        | ○                     |
| △      | △      | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | □                     |
|        |        | □                     |
|        |        |                       |
| △      | △      | △                     |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |

～メモ～



# 大腸術後連携パス（3年7ヶ月～4年）

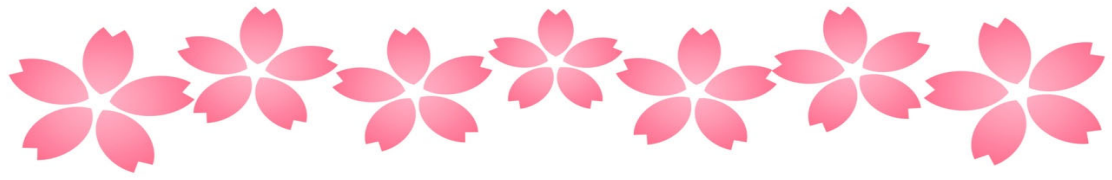


|           |                  |          | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|----------|--------|--------|--------|
|           |                  |          | 3年7ヶ月  | 3年8か月  | 3年9か月  |
|           |                  |          | 適宜受診   | 適宜受診   | 適宜受診   |
| 診察        | 問診               | 食欲       | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状     |        |        |        |
|           |                  | 排便       |        |        |        |
|           | 体重               |          |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見   |        |        |        |
|           |                  | 一般的内科的診察 |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |          |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |          | △      | △      | ○      |
|           | CEA・CA19-9       |          |        |        | ○      |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |          |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |          |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |          |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |          | △      | △      | △      |
| 自己検診      | 体重               |          |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |          |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |          |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |          |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |          |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |          |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |          |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





○：必須項目 △：必要時に行います

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医<br>または<br>手術病院 |
|--------|--------|-----------------------|
| 3年10ヶ月 | 3年11ヶ月 | 4年                    |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日                   |
| ○      | ○      | ○                     |
|        |        | ○                     |
| △      | △      | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | △                     |
| △      | △      | △                     |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |

～メモ～



**通信欄（4年目）（かかりつけ医→手術病院）**



年. 月. 日

サイン



サイン

This image shows a full page of graph paper. It features a uniform grid of small squares created by horizontal and vertical dotted lines. The grid covers the entire area of the page, leaving no margins or other markings.

# 大腸術後連携パス（4年1ヶ月～6ヶ月）



|           |                  |          | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |
|-----------|------------------|----------|--------|--------|--------|
|           |                  |          | 4年1ヶ月  | 4年2か月  | 4年3か月  |
|           |                  |          | 適宜受診   | 適宜受診   | 適宜受診   |
| 診察        | 問診               | 食欲       | ○      | ○      | ○      |
|           |                  | 腹部症状     |        |        |        |
|           |                  | 排便       |        |        |        |
|           | 体重               |          |        |        |        |
|           | 視触診              | 腹部理学所見   |        |        |        |
|           |                  | 一般的内科的診察 |        |        |        |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |          |        |        |        |
| 採血        | 血清・生化学           |          | △      | △      | △      |
|           | CEA・CA19-9       |          |        |        |        |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |          |        |        |        |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |          |        |        |        |
|           | 大腸内視鏡検査          |          |        |        |        |
| 投薬        | 一般薬              |          | △      | △      | △      |
| 自己<br>検診  | 体重               |          |        |        |        |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |          |        |        |        |
|           | 便通の異常はないか        |          |        |        |        |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |          |        |        |        |
|           | 全身倦怠感はないか        |          |        |        |        |
|           | 口内炎はないか          |          |        |        |        |
|           | そのほか気になるところはないか  |          |        |        |        |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



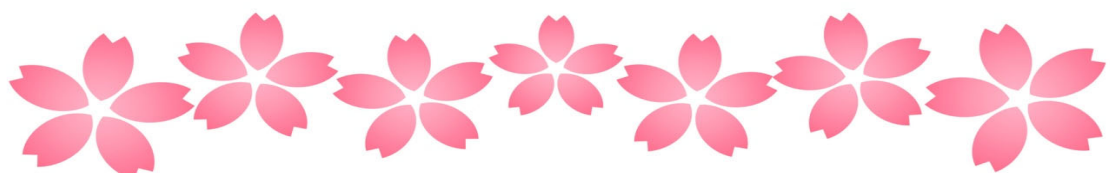


○：必須項目 △：必要時に行います

□：ステージⅢ大腸癌の際には実施

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医<br>または<br>手術病院 |
|--------|--------|-----------------------|
| 4年4ヶ月  | 4年5ヶ月  | 4年6ヶ月                 |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日                   |
| ○      | ○      | ○                     |
|        |        | ○                     |
| △      | △      | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | □                     |
|        |        | □                     |
|        |        |                       |
| △      | △      | △                     |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |

～メモ～



# 大腸術後連携パス（４年７ヶ月～５年）

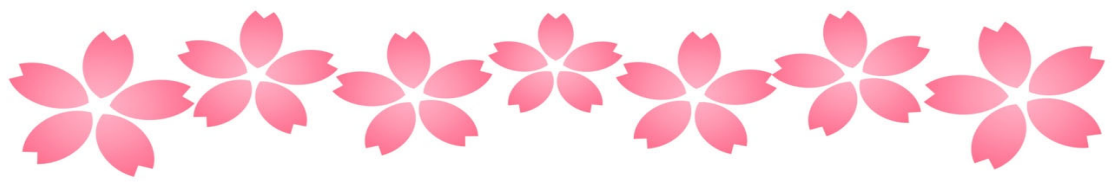


|           |                  |        | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 |       |
|-----------|------------------|--------|--------|--------|--------|-------|
|           |                  |        | （術後）   | 4年7ヶ月  | 4年8か月  | 4年9か月 |
|           |                  |        | 適宜受診   | 適宜受診   | 適宜受診   |       |
| 診察        | 問診               | 食欲     | ○      | ○      | ○      |       |
|           |                  | 腹部症状   |        |        |        |       |
|           |                  | 排便     |        |        |        |       |
|           | 体重               |        |        |        |        |       |
|           | 視触診              | 腹部理学所見 |        |        |        |       |
| 一般的内科的診察  |                  |        |        |        |        |       |
| 直腸指診（直腸癌） |                  |        |        |        |        |       |
| 採血        | 血清・生化学           |        | △      | △      | △      |       |
|           | CEA・CA19-9       |        |        |        |        |       |
| 検査        | 胸部レントゲンあるいはCT検査  |        |        |        |        |       |
|           | 腹部超音波あるいはCT検査    |        |        |        |        |       |
|           | 大腸内視鏡検査          |        |        |        |        |       |
| 投薬        | 一般薬              |        | △      | △      | △      |       |
| 自己検診      | 体重               |        |        |        |        |       |
|           | 腹部の症状（はりや痛み）はないか |        |        |        |        |       |
|           | 便通の異常はないか        |        |        |        |        |       |
|           | 吐き気・嘔吐はないか       |        |        |        |        |       |
|           | 全身倦怠感はないか        |        |        |        |        |       |
|           | 口内炎はないか          |        |        |        |        |       |
|           | そのほか気になるところはないか  |        |        |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





○：必須項目    △：必要時に行います

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医<br>または<br>手術病院 |
|--------|--------|-----------------------|
| 4年10ヶ月 | 4年11ヶ月 | 5年                    |
| 適宜受診   | 適宜受診   | 月 日                   |
| ○      | ○      | ○                     |
|        |        | ○                     |
| △      | △      | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | ○                     |
|        |        | △                     |
| △      | △      | △                     |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |
|        |        |                       |

～メモ～



**通信欄（5年目）（かかりつけ医→手術病院）**



年. 月. 日

サイン



サイン

[illegible]

# 各種窓口



患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように地域医療連携室や医療相談窓口で相談をお受けしています。

病院



## 地域医療連携室(地域医療連携サービス業務)

紹介患者さんの受診予約

受診当日の受付・受診科へのご案内

病院・診療所・行政との医療連携に関する事項

セカンドオピニオン外来の受付

電話： \_\_\_\_\_ (直通)

時間 (平日 : ~ : )

(土・日曜日、祝祭日はお休みです)



## 医療相談室

病気を抱えて生活することの不安や悩みに関する相談、医療保険、年金、介護サービスなどについての相談、転院や退院後の生活についての相談、医療費などの経済的な問題についての相談

電話： \_\_\_\_\_ (直通)

時間 (平日 : ~ : )

(土・日曜日、祝祭日はお休みです)



## 夜間・休日などの対応

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、各病院までご連絡ください。

病院

電話： \_\_\_\_\_ (代表)



秋田県医師会  
秋田県がん診療連携協議会  
秋田県健康福祉部

