

StageII・III 大腸がん治療切除後地域連携クリティカルパス(医療者向け)

患者情報

計画策定病院:

カルテ番号

ふりがな

患者氏名 _____ 様 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 手術日年齢 _____

連携医療機関: _____

担当医 _____ 連絡先 _____

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 腹会陰式直腸切断術
 左半結腸切除 その他(_____)
 S状結腸切除
 腹腔鏡補助下 あり なし

最終診断
 n, sm, mp, ss, se, si, a, ai, CY(+/-), n H0, P0, Stage II, IIIa, IIIb

合併症
なし
あり (_____)

投薬情報

一般薬

() () 分 食後

() () 分 食後

() () 分 食後

() () 分 食後

麻薬処方
 なし・あり(_____)

補助化学療法

()ゼローダ() 分 食後

()UFT()mg・ロイコボリン3T 分 食後

()UFT()mg 分 食後

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

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

		計画策定病院 (術後)	計画策定病院 または連携医療機関			連携医療機関		計画策定病院			連携医療機関		計画策定病院			連携医療機関		計画策定病院			
			2週間	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年	1年1ヵ月	1年2ヵ月	1年3ヶ月	1年4ヵ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
			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	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	視触診				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	検査				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血算・生化学	△	▲	▲	○	▲	▲	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△
	CEA・CA19-9				○			○			○			○			○			○	
検査	胸部レントゲン or CT検査				○			○			○			○			○			○	
	腹部US orCT(直腸癌は骨盤CTも)				○			○			○			○			○			○	
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	補助化学療法薬	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

		計画策定病院 (術後)	連携医療機関		計画策定病院または 連携医療機関	連携医療機関		計画策定病院	連携医療機関		計画策定病院または 連携医療機関	連携医療機関		計画策定病院	連携医療機関		計画策定病院			
			1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月	2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月	2年10ヶ月	2年11ヶ月	3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	月 日	月 日	月 日
診察	問診				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	視触診				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	検査				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
採血	血算・生化学	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△
	CEA・CA19-9			○			○			○			○			○			○	
検査	胸部レントゲンあるいはCT検査				○			○			○			○			○			○
	腹部US orCT(直腸癌は骨盤CTも)				○			○			○			○			○			○
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	補助化学療法薬																			

		計画策定病院 (術後)	連携医療機関		連携医療機関	連携医療機関		計画策定病院	連携医療機関		連携医療機関	計画策定病院	連携医療機関		計画策定病院					
			3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月	3年4ヶ月	3年5ヶ月	3年6ヶ月	3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月	3年10ヶ月	3年11ヶ月	4年	4年1~5ヶ月	4年6ヶ月	4年7~11ヶ月	5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	月 日	月 日	
診察	問診				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
	視触診				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
	検査				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					
採血	血算・生化学	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	
	CEA・CA19-9			○			○			○			○			○			○	
検査	胸部レントゲンあるいはCT検査				○			○			○			○			○			○
	腹部US orCT(直腸癌は骨盤CTも)				○			○			○			○			○			○
投薬	一般薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	補助化学療法薬																			

胸部の画像診断:CT検査が望ましいが、胸部レントゲン検査でもよい
 腹部の画像診断:CT検査が望ましいが、腹部超音波(US)検査でもよい
 再発疑診例:MRI, EUS, PET/CTなども考慮

※ 病院での定期受診は5年目まで
 定期受診日以外でも必要があれば病院を受診