

共同診療計画書(大腸がん 0. I 期)
『ESD/EMR 術後経過観察』

| | |
|---------------|---|
| 連絡先 | 広島大学病院 消化器内科 TEL (082-257-5465) 担当医 () 診療情報提供 および 当該パス表のFAX送信先: がん治療センター FAX (082-257-1720) |
| 連携医療機関 連絡先 | |

作成日

| | | | | | |
|------------|--|----------|--|----------|--|
| 患者氏名 ID | | 生年 月日 | | 特記 事項 | |
|------------|--|----------|--|----------|--|

| | | | | | |
|-------------------|--------|---|------------------------|---------|---------------------|
| 治療 時 情 報 | 治療日 | | パス 関 連 情 報 | 目標 | 診療計画に沿って、定期的な検査が行える |
| | 治療内容 | | | パス開始日 | |
| | 病理組織所見 | 腫瘍径: mm 組織型: ly v HM VM | | バリエーション | 内視鏡検査にて再発の疑いがある |
| | 病期 | <input type="checkbox"/> Stage0期 <input type="checkbox"/> Stage I 期 | | コメント | |
| | 部位 | | | | |

| *連携先医療機関: | | 6ヶ月後 | 1年後 | 2年後 | 3年後 | 4年後 | 5年後 | 6年後 | 7年後 | 8年後 | 9年後 | 10年後 | 以後 1回/年 |
|-----------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|
| | | 6月 日 | 1月 日 | |
| 臨床症状 | 全身状態 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ➡ |
| | 腹痛の有無 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 消化器症状 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 血液検査 | 一般血液検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 腫瘍マーカー(CEA/CA19-9) | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 大腸内視鏡検査 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 腹部エコー | | | | | | | | | | | | |
| | 腹部CT(造影) | | | | | | | | | | | | |
| 報告書 | | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | |
| 連絡事項 | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | バリエーション発生時は広島大学病院 消化器内科外来 TEL (082-257-5465) へ直接連絡し受診予約を依頼してください。 *診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。 | | | | | | | | | | | | |