

## 医療者用共同診療計画表

石川県がん診療連携協議会

- ・肝がん手術後は、かかりつけ医と拠点病院等担当医が共同で診察にあたります。
  - ・この診療計画書は石川県がん診療連携協議会が決定した、石川県内統一肝がん患者術後診療計画書です。
  - ・患者さんの通院記録である「私のカルテ」は患者さんが持参しますので、先生はこれに診察状況の記録をお願いします。

## がん化学療法情報

#### 拠点病院等での診察

### ●：必須項目

□：必要時に実施

○：いずれかを実施（必須）

かかりつけ医での診察：拠点病院等での診察日以外に任意に設定

|          |             |
|----------|-------------|
| 患者基本     |             |
| カルテ番号    |             |
| 患者氏名     | .....       |
| (男・女)    | .....       |
| 生年月日     | 年<br>月<br>日 |
| かかりつけ病院・ |             |
| 医院名      | .....       |
| 主治医      |             |

#：再発のない限り上記スケジュールを継続します

#：検尿は必要時にお願いします

かかりつけ医  
拠点病院等

注意点

かかりつけ医の先生へ

- ・拠点病院等では上記の計画に従って診察、検査を行います。(原則は3ヶ月に1度拠点病院等での診察と画像診断)
  - ・肝胆護護の内服や静脈注射などの、投薬期間、経過観察中の診察日などは、かかりつけ医の都合に合わせ任意に設定してください。(1ヶ月に1度の診察治療をお願いします)
  - ・定期受診日以外でも、先生(かかりつけ医)が必要と判断されれば、拠点病院等を受診させてください。
  - ・かかりつけ医の先生は、診察結果を「私のカルテ」へ記載してください。またその際、必要と判断された場合には、血液検査や画像検査をしてください。その診察・検査結果は「私のカルテ」の末尾にある診療情報提供書に記載し、拠点病院等の主治医に連絡してください。
  - ・経過観察期間は5年としていますが、5年経過してからも1年に1度は拠点病院等を5年以上受診するよう指導してください。

抛占病院等醫師

- ・画像診断の選択は拠点病院等の主治医にお任せします。
  - ・拠点病院等での治療薬の種類、投与量、投与期間などは、拠点病院等の主治医がプロトコールに従い決定し、かかりつけ医に知らせること。
  - ・腫瘍マーカー検査は上記2種類以外の腫瘍マーカー検査を行ってもかまわない。

連絡告

TEI

主治医

## 医療者用共同診療計画表

石川県がん診療連携協議会

- ・胃がん手術後は、かかりつけ医と拠点病院等担当医が共同で診察にあたります。
- ・この診療計画書は石川県がん診療連携協議会が決定した、石川県内統一胃がん患者術後診療計画書です。
- ・患者さんの通院記録である「私のカルテ」は患者さんが持参しますので、先生はこれに診察状況の記録をお願いします。

|                 |  |
|-----------------|--|
| <u>がん化学療法情報</u> |  |
| 術後化学療法（あり・なし）   |  |
| 薬剤名             |  |
| 方法              |  |

|                 |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|
| <u>患者基本</u>     |   |   |   |
| カルテ番号           |   |   |   |
| 患者氏名 様<br>(男・女) |   |   |   |
| 生年月日            | 年 | 月 | 日 |
| かかりつけ病院・        |   |   |   |
| 医院名             |   |   |   |
| 主治医             |   |   |   |

|  |                              |   |   |
|--|------------------------------|---|---|
| <u>手術情報</u>                                    |                              |   |   |
| 手術日  | 年                            | 月 | 日 |
| 手術内容   | リンパ節郭清                       |   |   |
| <input type="checkbox"/> 胃部分切除術                | <input type="checkbox"/> ND2 |   |   |
| <input type="checkbox"/> 幽門側胃切除術               | <input type="checkbox"/> ND1 |   |   |
| <input type="checkbox"/> 噴門側胃切除術               | <input type="checkbox"/> ND0 |   |   |
| <input type="checkbox"/> 胃全摘術                  | <input type="checkbox"/> その他 |   |   |
| 病期 (I A, I B, II A, II B, III A, III B, III C) |                              |   |   |
| 根治度 (R 0, R 1)                                 |                              |   |   |

|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| <u>既往と他薬剤情報</u> |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|

拠点病院等での診察  
 ●：必須項目（I, II, III期胃がん）  
 ▲：II～III期胃がんに行う（I期胃がんでは省略してよい）  
 ○：III期胃がんに行う（I～II期胃がんでは省略してよい）  
 □：必要と判断した場合の検査

かかりつけ医での診察：拠点病院等での診察日以外に任意に設定

| 経過観察年月             | か    | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か |
|--------------------|------|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|
|                    | 1年   |   |   |    | 2年 |   |   |    | 3年 |   |   |    | 4年 |   |   |    | 5年 |   |   |    |   |
|                    | 3    | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 |   |
| 問診・診察              | ▲    | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ○  | ● | ○ | ●  | ○  | ● | ○ | ●  |   |
| 血液検査（貧血・肝機能）       | ▲    | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ○  | ● | ○ | ●  | ○  | ● | ○ | ●  |   |
| 腫瘍マーカー（CEA,CA19-9） | ▲    | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ○  | ● | ○ | ●  | ○  | ● | ○ | ●  |   |
| 胸部 CT（胸部 X-P）      | □    | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □  |   |
| 腹部 CT（腹部US）        | ▲    | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ▲  | ● | ▲ | ●  | ○  | ● | ○ | ●  | ○  | ● | ● | ○  |   |
| 消化器内視鏡検査           |      |   |   |    | ●  |   |   |    | ●  |   |   |    | ●  |   |   | ●  |    |   | ● |    |   |
| その他（PET-CTなど）      |      |   |   |    | □  |   |   |    | □  |   |   |    | □  |   |   | □  |    |   | □ |    |   |
| 投薬                 | 抗がん薬 |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |   |

抗がん薬の内服がある場合は投薬の項に✓をしてください

か：かかりつけ医  
拠：拠点病院等医

### 注意点

#### かかりつけ医の先生へ

- ・拠点病院等では上記の計画に従って診察、検査を行います。（原則は術後3年内は3ヶ月に1回、3～5年では6ヶ月に1回）
- ・一般薬などの投薬期間、経過観察中の診察日などは、かかりつけ医の都合に合わせ任意に設定してください。（がん治療薬以外の一般薬は、できるだけかかりつけ医の診療所（病院）で投薬してください）
- ・定期受診日以外でも、先生（かかりつけ医）が必要と判断されれば、拠点病院等を受診させてください。
- ・かかりつけ医の先生は、診察結果を「私のカルテ」へ記載してください。またその際、必要と判断された場合には、血液検査や画像検査をしてください。その診察・検査結果は「私のカルテ」の末尾にある診療情報提供書に記載し、拠点病院等の主治医に連絡してください。
- ・経過観察期間は5年としていますが、5年経過してからも1年に1度は拠点病院等を5年以上受診するよう指導してください。

#### 拠点病院等医師へ

- ・胸部の画像診断はCTが望ましい。（胸部単純X線検査でもよい）腹部の画像診断はCTが望ましい。（腹部超音波検査でもよい）
- ・胸腹部のCT検査は、拠点病院等の主治医が必要と判断した場合、上記スケジュール以外でも適宜行うこと。
- ・その他の検査にはPET-CT、MRI検査などが含まれるが、拠点病院等の主治医が必要と判断した場合に行う。（必須項目ではない）
- ・抗がん剤の種類、投与量、投与期間などは、拠点病院等の主治医がプロトコールに従い決定し、かかりつけ医に知らせること。
- ・血液検査は貧血（RBC, Hbなど）、肝腎機能検査（T.Bil, TP, Alb, GOT, GPT, LDH, ALP, Na, K, Cl, BUN, Crなど）です。
- ・腫瘍マーカー検査はCEA、CA19-9であり、その他の胃がんマーカーは必須ではありません。（その他の腫瘍マーカー検査を行ってもかまわない）

連絡先

病院（

外科）

T E L

主治医

# 医療者用共同診療計画表

石川県がん診療連携協議会

- ・乳がん手術後は、かかりつけ医と拠点病院等担当医が共同で診察にあたります。
- ・この診療計画書は石川県がん診療連携協議会が決定した、石川県内統一乳がん患者術後診療計画書です。
- ・患者さんの通院記録である「私のカルテ」は患者さんが持参しますので、先生はこれに診察状況の記録をお願いします。

|            |  |  |
|------------|--|--|
| 患者基本       |  |  |
| カルテ番号      |  |  |
| 患者氏名 様     |  |  |
| (男・女)      |  |  |
| 生年月日 年 月 日 |  |  |
| かかりつけ病院・   |  |  |
| 医院名        |  |  |
| 主治医        |  |  |

|   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| 治療情報  |                                |  |
| 手術日 年 月 日   |                                |  |
| 手術内容 (右・左) リンパ節郭清   |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 乳房切除術 (全摘術)  | <input type="checkbox"/> label |  |
| 乳房再建 (あり・なし) (I, II, III)   |                                |  |
| <input type="checkbox"/> 乳房温存手術   | <input type="checkbox"/> センチネル |  |
| <input type="checkbox"/> その他手術  | リンパ節生検                         |  |
| 病期<br>(O, I, II A, II B, III A, III B, III C, IV)<br>ER(+,-), PgR(+,-), HER2(+,-) |                                |  |
| 化学療法等   |                                |  |
| 術前・術後内分泌療法 (あり・なし)  |                                |  |
| 術前・術後化学療法 (あり・なし)   |                                |  |
| 術前・術後抗 HER2 療法 (あり・なし)  |                                |  |

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 既往と他薬剤情報 |  |  |
|----------|--|--|

拠点病院等での診察

●：必須項目

□：必要時に実施

かかりつけ医での診察：拠点病院等での診察日以外に任意に設定

| 経過観察年月          | か              | 拠 | か | 拠 | か  | 拠  | か | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠 | か  | 拠  | か | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 |   |   |
|-----------------|----------------|---|---|---|----|----|---|---|---|----|----|---|---|---|----|----|---|---|---|----|----|---|---|---|
|                 | 1年             | 3 | 6 | 9 | 12 | 2年 | 3 | 6 | 9 | 12 | 3年 | 3 | 6 | 9 | 12 | 4年 | 3 | 6 | 9 | 12 | 5年 | 3 | 6 | 9 |
| 問診・診察           | ●              | ● | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● |
| 血液検査（貧血・肝腎機能）   | □              | ● | □ | ● | ●  | □  | ● | □ | ● | ●  | □  | ● | □ | ● | □  | ●  | ● | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● |
| 腫瘍マーカー          | □              | ● | □ | ● | ●  | □  | ● | □ | ● | ●  | □  | ● | □ | ● | □  | ●  | ● | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● |
| 胸部X-P           | □              | □ | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □ | □  | □  | □ | □ | □ |
| 画像検査            | □              | □ | □ | □ | ●  | □  | □ | □ | □ | ●  | □  | □ | □ | ● | □  | □  | □ | ● | □ | ●  | ●  | ● | ● | ● |
| マンモグラフィー        | □              | □ | □ | □ | ●  | □  | □ | □ | □ | ●  | □  | □ | □ | ● | □  | □  | □ | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● |
| 乳腺超音波           | □              | □ | □ | □ | ●  | □  | □ | □ | □ | ●  | □  | □ | □ | ● | □  | □  | □ | ● | ● | ●  | ●  | ● | ● | ● |
| その他1( ) その他2( ) |                |   |   |   |    |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |    |   |   |   |
| 投薬              | 内分泌薬<br>薬剤名( ) |   |   |   |    |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |    |   |   |   |    |    |   |   |   |

抗がん薬や内分泌薬の内服がある場合は投薬の項に✓をしてください

か：かかりつけ医  
拠：拠点病院等医

## 注意点

### かかりつけ医の先生へ

- ・拠点病院等では上記の計画に従って診察、検査を行います。(原則は術後3年内は3ヶ月に1度、3~5年は6ヶ月に1度、6年以上は1年に1度)
- ・一般薬などの投薬期間、経過観察中の診察日などは、かかりつけ医の都合に合わせ任意に設定してください。(がん治療薬以外の一般薬は、患者さんの症状に合わせて、できるだけかかりつけ医の診療所（病院）で投薬してください)
- ・定期受診日以外でも、先生（かかりつけ医）が必要と判断されれば、拠点病院等を受診させてください。
- ・かかりつけ医の先生は、診察結果を「私のカルテ」へ記載してください。またその際、必要と判断された場合には、血液検査や画像検査をしてください。その診察・検査結果は「私のカルテ」の末尾にある診療情報提供書に記載し、拠点病院等の主治医に連絡してください。
- ・経過観察期間は5年としていますが、5年経過してからも1年に1度は拠点病院等を5年以上受診するよう指導してください。

### 拠点病院等医師へ

- ・胸部の画像診断はX線およびCTで行う。腹部の画像診断はCTもしくは、腹部超音波検査を行うこと。
- ・胸腹部のCT検査は、拠点病院等の主治医が必要と判断した場合、上記スケジュール以外でも適宜行うこと。
- ・その他の検査にはPET-CT、MRI検査などが含まれるが、拠点病院等の主治医が必要と判断した場合に行う。(必須項目ではない)
- ・抗がん剤の種類、投与量、投与期間などは、拠点病院等の主治医がプロトコールに従い決定し、かかりつけ医に知らせること。
- ・血液検査は貧血(RBC, Hb)、肝腎機能検査(T.Bil, TP, Alb, GOT, GPT, LDH, ALP, Na, K, Cl, BUN, Cr)です。
- ・腫瘍マーカー検査はCEA、CA15-3であり、その他の乳がんマーカーは必須ではありません。(その他の腫瘍マーカー検査を行ってもかまわない)

連絡先

TEL

主治医

# 医療者用共同診療計画表

石川県がん診療連携協議会

- ・肺がん手術後は、かかりつけ医と拠点病院等担当医が共同で診察にあたります。
- ・この診療計画書は石川県がん診療連携協議会が決定した、石川県内統一肺がん患者術後診療計画書です。
- ・患者さんの通院記録である「私のカルテ」は患者さんが持参しますので、先生はこれに診察状況の記録をお願いします。

術後化学療法（あり・なし）

|          |       |
|----------|-------|
| 患者基本     |       |
| カルテ番号    |       |
| 患者氏名     | 様     |
| (男・女)    |       |
| 生年月日     | 年 月 日 |
| かかりつけ病院・ |       |
| 医院名      |       |
| 主治医      |       |

|  |        |
|--|--------|
| 手術情報   |        |
| 手術日  | 年 月 日  |
| 手術内容   | リンパ節郭清 |
| □肺部分切除術  | □ND2   |
| □肺区域切除術  | □ND1   |
| □肺葉切除術   | □NDO   |
| □その他手術   | □その他   |
| 病期   |        |
| (O, I A, I B, II A, II B, III A, III B, IV)<br>T, N, M |        |

|          |  |
|----------|--|
| 既往と他薬剤情報 |  |
|----------|--|

| 経過観察年月       | かかりつけ医での診察：拠点病院等での診察日以外に任意に設定            |   |   |    |   |   |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |
|--------------|--|---|---|----|---|---|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|
|              | かかりつけ医での診察：拠点病院等での診察日以外に任意に設定            |   |   |    |   |   |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |
|              | か  | 拠 | か | 拠  | か | 拠 | か | 拠  | か | 拠  | か | 拠  | か | 拠  |   |    |
| 1年           |  |   |   | 2年 |   |   |   | 3年 |   |    |   | 4年 |   |    |   |    |
|              | 3  | 6 | 9 | 12 | 3 | 6 | 9 | 12 | 6 | 12 | 6 | 12 | 6 | 12 | 6 | 12 |
| 問診・診察        | ●  | ● | ● | ●  | ● | ● | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  |
| 血液検査（貧血・肝機能） | ●  | ● | ● | ●  | ● | ● | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  |
| 腫瘍マーカー       | ●  | ● | ● | ●  | ● | ● | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  |
| 画像検査         | 胸部 X-P<br>胸部 CT<br>PET<br>その他の検査（腹部 CT、） | ● | ● | ●  | ● | ● | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  | ● | ●  |
| 投薬           | 抗がん薬<br>一般薬                              |   |   |    |   |   |   |    |   |    |   |    |   |    |   |    |

抗がん薬や一般薬の内服がある場合は投薬の項に✓をしてください

か：かかりつけ医  
拠：拠点病院等医

## 注意点

### かかりつけ医の先生へ

- ・拠点病院等では上記の計画に従って診察、検査を行います。（原則は術後2年以内は3ヶ月に1度、3年～5年は6ヶ月に1度、5年以上は1年に1度）
- ・一般薬などの投薬期間、経過観察中の診察日などは、かかりつけ医の都合に合わせ任意に設定してください。（がん治療薬以外の一般薬は、患者さんの症状に合わせて、できるだけかかりつけ医の診療所（病院）で投薬してください）
- ・定期受診日以外でも、先生（かかりつけ医）が必要と判断されれば、拠点病院等を受診させてください。
- ・かかりつけ医の先生は、診察結果を「私のカルテ」へ記載してください。またその際、必要と判断された場合には、血液検査や画像検査をしてください。その診察・検査結果は「私のカルテ」の末尾にある診療情報提供書に記載し、拠点病院等の主治医に連絡してください。
- ・経過観察期間は5年としていますが、5年経過してからも1年に1度は拠点病院等を5年以上受診するよう指導してください。

### 拠点病院等医師へ

- ・胸部の画像診断はCTで行う。腹部の画像診断はCTが望ましい。（腹部超音波検査でもよい）
- ・胸腹部のCT検査は、拠点病院等の主治医が必要と判断した場合、上記スケジュール以外でも適宜行うこと。
- ・その他の検査にはPET-CT、MRI検査などが含まれるが、拠点病院等の主治医が必要と判断した場合に行う。（必須項目ではない）
- ・抗がん剤の種類、投与量、投与期間などは、拠点病院等の主治医がプロトコールに従い決定し、かかりつけ医に知らせること。
- ・血液検査は貧血（RBC, Hb）、肝腎機能検査（T.Bil, TP, Alb, GOT, GPT, LDH, ALP, Na, K, Cl, BUN, Cr）です。
- ・腫瘍マーカー検査はCEA、CYFRA、SCCであり、その他の肺がんマーカーは必須ではありません。（その他の腫瘍マーカー検査を行ってもかまわない）

連絡先

病院（外科）

TEL

主治医

## 医療者用共同診療計画表

石川県がん診療連携協議会

- ・大腸がん手術後は、かかりつけ医と拠点病院等担当医が共同で診察にあたります。
- ・この診療計画書は石川県がん診療連携協議会が決定した、石川県内統一大腸がん患者術後診療計画書です。
- ・患者さんの通院記録である「私のカルテ」は患者さんが持参しますので、先生はこれに診察状況の記録をお願いします。

|               |  |
|---------------|--|
| がん化学療法情報      |  |
| 術後化学療法（あり・なし） |  |
| 薬剤名           |  |
| 方法            |  |

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 患者基本            |       |
| カルテ番号           |       |
| 患者氏名 様<br>(男・女) |       |
| 生年月日            | 年 月 日 |
| かかりつけ病院・<br>医院名 |       |
| 主治医             |       |

|                                  |                                  |   |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| 手術日                              | 年 月 日                            |   |
| 手術内容                             | リンパ節郭清                           |   |
| <input type="checkbox"/> 回盲部切除   | <input type="checkbox"/> S状結腸切除術 | <input type="checkbox"/> ND3            |
| <input type="checkbox"/> 結腸右半切除術 | <input type="checkbox"/> 直腸切除術   | <input type="checkbox"/> ND2            |
| <input type="checkbox"/> 横行結腸切除術 | <input type="checkbox"/> 直腸切開術   | <input type="checkbox"/> ND1            |
| <input type="checkbox"/> 結腸左半切除術 | <input type="checkbox"/> その他     | <input type="checkbox"/> その他<br>( ) ( ) |
| 病期 (O, 1, 2, 3)                  |                                  |   |
| 根治度 (A, B)                       |                                  |   |

|          |
|----------|
| 既往と他薬剤情報 |
|----------|

拠点病院等での診察予定

- ：必須項目（I, II, III期大腸がん）
- ▲：II～III期大腸がんに行う（I期大腸がんでは省略してよい）
- ：III期大腸がんに行う（I～II期大腸がんでは省略してよい）
- ：必要と判断した場合のその他の検査

かかりつけ医での診察予定：拠点病院等での診察日以外に任意に設定

| 経過観察年月              | か             | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か  | 拠 | か | 拠  | か | 拠 |
|---------------------|---------------|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|----|---|---|----|---|---|
|                     | 1年            |   |   |    | 2年 |   |   |    | 3年 |   |   |    | 4年 |   |   |    | 5年 |   |   |    |   |   |
|                     | 3             | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 | 3  | 6 | 9 | 12 | 3 | 6 |
| 問診・診察               | ▲             | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ● | ● | ▲  | ● | ● |
| 血液検査（貧血・肝機能）        | ▲             | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ● | ● | ▲  | ● | ● |
| 腫瘍マーカー（CEA, CA19-9） | ▲             | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ▲ | ▲ | ●  | ▲  | ● | ● | ▲  | ● | ● |
| 画像検査                | 胸部CT(X-P)     | ▲ | ● |    | ▲  | ● |   | ●  | ▲  | ● | ● |    | ▲  | ● | ● | ●  | ○  | ● | ● | ○  | ● | ● |
|                     | 腹部CT(腹部US)    | ▲ | ● |    | ▲  | ● |   | ●  | ▲  | ● | ● |    | ▲  | ● | ● | ●  | ○  | ● | ● | ○  | ● | ● |
|                     | 内視鏡検査         |   | ● |    |    | ● |   | ●  |    | ● |   |    |    | ● |   | ●  |    | ● |   |    |   |   |
|                     | その他(PET-CTなど) |   | □ |    |    | □ |   | □  |    | □ |   |    |    | □ |   | □  |    | □ |   | □  |   | □ |
| 投薬                  | 抗がん薬          |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |    |   |   |    |   |   |

抗がん薬の内服がある場合は投薬の項に✓をしてください

か：かかりつけ医  
拠：拠点病院等医

### 注意点

#### かかりつけ医の先生へ

- ・拠点病院等では上記の計画に従って診察、検査を行います。（原則は術後3年以内は3ヶ月に1回、3年～5年では6ヶ月に1回）
- ・一般薬などの投薬期間、経過観察中の診察日などは、かかりつけ医の都合に合わせ任意に設定してください。（がん治療薬以外の一般薬は、できるだけかかりつけ医の診療所（病院）で投薬してください）
- ・定期受診日以外でもかかりつけ医が必要と判断されれば、拠点病院等を受診させてください。
- ・かかりつけ医は、診察結果を「私のカルテ」へ記載してください。またその際、必要と判断された場合には、血液検査や画像検査をしてください。その診察・検査結果は「私のカルテ」の末尾にある診療情報提供書に記載し、拠点病院等の主治医に連絡してください。
- ・経過観察期間は5年としていますが、5年経過してからも1年に1度は拠点病院等を5年以上受診するよう指導してください。

#### 拠点病院等医師へ

- ・胸部の画像診断はCTが望ましい。（胸部単純X線検査でもよい）腹部の画像診断はCTが望ましい。（腹部超音波検査でもよい）
- ・胸腹部のCT検査は、拠点病院等の主治医が必要と判断したら上記スケジュール以外でも適宜行うこと。
- ・その他の検査にはPET-CT、MRI検査などが含まれるが、拠点病院等の主治医が必要と判断した場合に行う。（必須項目ではない）
- ・抗がん剤の種類、投与量、投与期間などは、拠点病院等の主治医がプロトコールに従い決定し、かかりつけ医に知らせること。
- ・血液検査は貧血(RBC, Hbなど)、肝腎機能検査(T.Bil, TP, Alb, GOT, GPT, LDH, ALP, Na, K, Cl, BUN, Crなど)です。
- ・腫瘍マーカー検査はCEA、CA19-9であり、他の大腸がんマーカーは必須ではない。（他のマーカー検査を行ってもかまわない）

連絡先

病院（

外科)

T E L

主治医