

大腸がん治療に関する連携計画書

通常危険群

テスト患者 様(生年月日: (術式等 各病院自由記載欄)				A.計画策定病院 (計画書策定病院名) (担当医師名)				ID 電話 FAX			
手術日 2014/1/1				B.連携医療機関 (連携医療機関名) (かかりつけ医名)				ID 電話 FAX			
受診予定年月	受診予定施設	受診日	診療情報提供	診察		*1 血液検査	画像診断			詳細 その他情報 (日付つきで記載)	
				自覚症状	身体所見		胸腹CT	CF			
退院時	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
退院後2週間	2014年1月	A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
術後3ヶ月	2014年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6ヶ月	2014年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9ヶ月	2014年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
術後1年	2015年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3ヶ月	2015年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6ヶ月	2015年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9ヶ月	2015年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
術後2年	2016年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)			
3ヶ月	2016年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6ヶ月	2016年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9ヶ月	2016年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
術後3年	2017年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3ヶ月	2017年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6ヶ月	2017年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9ヶ月	2017年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
術後4年	2018年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)			
3ヶ月	2018年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6ヶ月	2018年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9ヶ月	2018年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
術後5年	2019年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3ヶ月	2019年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6ヶ月	2019年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9ヶ月	2019年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

□印: 再発を疑わせる所見がない時にチェックし、異常所見があるときは別添書類を付けて紹介する
省略可能な計画日は適宜()を追加する

*1血液検査: 腫瘍マーカー(CEA、Ca19-9)、肝機能、クレアチニン、血算を含む

大腸がん治療に関する連携計画書

高危険群

テスト患者 様(生年月日: (術式等 各病院自由記載欄)				A.計画策定病院 (計画書策定病院名) (担当医師名)				ID 電話 FAX	
手術日 2014/1/1				B.連携医療機関 (連携医療機関名) (かかりつけ医名)				ID 電話 FAX	
受診予定年月	受診予定施設	受診日	診療情報提供	診察		*1 血液検査	画像診断		詳細 その他情報 (日付つきで記載)
				自覚症状	身体所見		胸腹CT	CF	
退院時		A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
術後2週間	2014年1月	A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4ヶ月	2014年5月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8ヶ月	2014年9月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後1年	2015年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4ヶ月	2015年5月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8ヶ月	2015年9月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後2年	2016年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
4ヶ月	2016年5月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8ヶ月	2016年9月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
術後3年	2017年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3ヶ月	2017年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6ヶ月	2017年7月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9ヶ月	2017年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
術後4年	2018年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	
3ヶ月	2018年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6ヶ月	2018年7月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9ヶ月	2018年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
術後5年	2019年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3ヶ月	2019年4月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6ヶ月	2019年7月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9ヶ月	2019年10月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

□印: 再発を疑わせる所見がない時にチェックし、異常所見があるときは別添書類を付けて紹介する
省略可能な計画日は適宜()を追加する

* 1血液検査: 腫瘍マーカー(CEA、Ca19-9)、肝機能、クレアチニン、血算を含む

大腸がん治療に関する連携計画書

低危険群

テスト患者 様(生年月日: (術式等 各病院自由記載欄)				A.計画策定病院 (計画書策定病院名) (担当医師名)				ID 電話 FAX			
手術日 2014/1/1				B.連携医療機関 (連携医療機関名) (かかりつけ医名)				ID 電話 FAX			
受診予定年月	受診予定施設	受診日	診療情報提供 受診施設	診察		*1 血液検査	画像診断			詳細 その他情報 (日付つきで記載)	
				自覚症状	身体所見		胸腹CT	CF			
退院時	A			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
術後2週間	2014年1月	A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
術後3ヶ月	2014年4月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6ヶ月	2014年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
術後1年	2015年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6ヶ月	2015年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
術後2年	2016年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
術後3年	2017年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
術後4年	2018年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
術後5年	2019年1月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

再発リスクの少ない場合の大腸切除症例治療計画

□印: 再発を疑わせる所見がない時にチェックし、異常所見があるときは別添書類を付けて紹介する

* 1血液検査: 局所再発の可能性のある時に実施する

大腸がん治療に関する連携計画書

内視鏡治療群

テスト患者 様(生年月日: (術式等 各病院自由記載欄)				A.計画策定病院 (計画書策定病院名) (担当医師名)				ID 電話 FAX		
手術日 2014/1/1				B.連携医療機関 (連携医療機関名) (かかりつけ医名)				ID 電話 FAX		
受診予定年月	受診予定施設	受診日	診療情報提供	診察		*1 血液検査	画像診断			詳細 その他情報 (日付つきで記載)
				自覚症状	身体所見		胸腹 CT	CF		
術後3ヶ月	2014年4月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
術後1年	2015年1月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
術後2年	2016年1月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
術後3年	2017年1月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
術後4年	2018年1月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
術後5年	2019年1月	B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

内視鏡的切除などの再発リスクの少ない場合の治療計画

□印: 再発を疑わせる所見がない時にチェックし、異常所見があるときは別添書類を付けて紹介する
省略可能な計画日は適宜()を追加する

*1血液検査: 局所再発の可能性のある時に実施する

大腸がん治療に関する連携計画書

通常危険群+補助療法

テスト患者 様(生年月日: (術式等 各病院自由記載欄)				A.計画策定病院 (計画書策定病院名) (担当医師名)				ID 電話 FAX				
投与開始予定日 2019/4/1				B.連携医療機関 (連携医療機関名) (かかりつけ医名)				ID 電話 FAX				
受診予定年月	受診予定施設	受診日	診療情報提供	診察		*1 血液検査	副作用*2				詳細 その他情報 (日付つきで記載)	
				自覚症状	身体所見		血液毒性	消化器	手足症候群	その他		
術後2週間	2019年4月	A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
投薬開始	2019年4月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
開始後1月	2019年5月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
開始後2月	2019年6月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
開始後3月	2019年7月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
開始後4月	2019年8月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
開始後5月	2019年9月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
開始後6月	2019年10月	A/B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

画像診断などについては別途計画に従って行う

□印: 再発を疑わせる所見がない時にチェックし、異常所見があるときは別添書類を付けて紹介する

* 1血液検査: 肝機能、クレアチニン、血算を含む

* 2副作用: Grade 2以上の副作用がない時にチェックする。Grade2以上の発現時には投薬を中止し、紹介する