大腸がん　連携パス

患者氏名：　　様　　病院名：福井赤十字病院　　担当医　　電話 0776-36-3630

ID：　　かかりつけ医：　　担当医　　電話

目標　①定期的に検査が受けられる
②病状が安定している

□＝かかりつけ医受診月

＊今後はかかりつけ医と当院担当医が共同して診察にあたります。
＊入院が必要なときはいつでも福井赤十字病院が受け入れます。
＊５年目以降も検診をうけましょう。
＊大腸がん以外のがん検診は毎年受けましょう。

経過月	退院時	１年目				２年目				３年目				４年目		５年目	
		３ヶ月	６ヶ月	９ヶ月	１２ヶ月	３ヶ月	６ヶ月	９ヶ月	１２ヶ月	３ヶ月	６ヶ月	９ヶ月	１２ヶ月	６ヶ月	１２ヶ月	６ヶ月	１２ヶ月
受診先	R	かかりつけ医	赤十字病院	かかりつけ医	赤十字病院	かかりつけ医	赤十字病院	かかりつけ医	赤十字病院	かかりつけ医	赤十字病院	かかりつけ医	赤十字病院	かかりつけ医	赤十字病院	かかりつけ医	赤十字病院
日付	月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月	R　月
【診察】																	
全身状態	○																
（血圧・体温・体重・身長）																	
問診																	
（全身症状・腹部症状）		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診																	
（貧血・黄疸・鎖骨上窩リンパ節																	
腹部膨満・腸音・腫瘤																	
直腸がんの場合の直腸診 ）																	
【血液検査】																	
血液・生化学		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー　ＣＥＡ、ＣＡ19-9		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
【画像診断】																	
胸部ＸＰ or 胸部ＣＴ			○		○		○		○		○		○		○		○
腹部超音波 or 腹部ＣＴ			○		○		○		○		○		○		○		○
下部内視鏡検査（大腸カメラ）					○				○				○				
他臓器癌に対する検診を勧める					○				○				○		○		○
【看護師による面談】			○														