

—大腸がん地域連携パス—

(術後フォローアップ)

「大腸がん地域連携パス」にご協力いただける先生方へ

(内容)

- 「大腸がん地域連携パス」にご協力いただける先生方へ
- 大腸がん地域連携パス（医療者向け）



独立行政法人国立病院機構

大阪医療センター 外科

電話 06-6942-1331(代表)



医療機関情報
〒

クリニック

先生 御侍史

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

外科
担当医(記入医)
連名医(指導医等)

患者情報
当院ID _____
ふりがな _____
患者氏名 _____ (男・女) 生年月日 年 月 日

上記の患者さまですが、大腸がん術後の地域連携パスに基づいた病診連携にご協力して頂けたら幸いです。当院ではCT検査を含めたフォローアップを5年間させて頂く予定です。貴院では通常の診察および腫瘍マーカーの測定をして頂き、当院受診時に持参していただくようご指導いただきたいと思いますと考えております。

症状経過など

※検査データ・処方薬一覧も添付

手術情報

病名 (腸癌)

手術日 平成 年 月 日

退院日 平成 年 月 日

最終診断 (T N M 0 Stage)

◆術式
 腹腔鏡下 or 開腹

 その他()
 合併症 無 有()
 ◆人工肛門 あり なし

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

医療機関情報
〒

クリニック

先生 御侍史

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

外科
担当医(記入医)
連名医(指導医等)

患者情報

当院ID _____

ふりがな _____

患者氏名 _____ (男・女) 生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など

再発転移なし

異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	6ヶ月 月 日	月 日	1年 月 日	月 日	1年6ヶ月 月 日	月 日	2年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		月 日	2年6ヶ月 月 日	月 日	3年 月 日	月 日	4年 月 日	月 日	5年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪府中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな
 患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など
 異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
(術後)			6ヶ月		1年		1年半		2年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
(術後)			2年半		3年		4年		5年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪府中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな
 患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など
 異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
(術後)			6ヶ月		1年		1年半		2年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
(術後)			2年半		3年		4年		5年
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪市中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな
 患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など
 異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
			6ヶ月		1年		1年半		2年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(GEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
			2年半		3年		4年		5年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(GEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪市中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな _____ (男・女) 生年月日 年 月 日
 患者氏名 _____

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など

異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○: サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	6ヶ月 月 日	月 日	1年 月 日	月 日	1年半 月 日	月 日	2年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

(術後)		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		月 日	2年半 月 日	月 日	3年 月 日	月 日	4年 月 日	月 日	5年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪府中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日
 患者氏名 _____

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など
 異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	6ヶ月 月 日	月 日	1年 月 日	月 日	1年半 月 日	月 日	2年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		月 日	2年半 月 日	月 日	3年 月 日	月 日	4年 月 日	月 日	5年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪府中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな
 患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など
 異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	6ヶ月 月 日	月 日	1年 月 日	月 日	1年半 月 日	月 日	2年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		月 日	2年半 月 日	月 日	3年 月 日	月 日	4年 月 日	月 日	5年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪府中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日
 患者氏名 _____

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など

異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		月 日	6ヶ月 月 日	月 日	1年 月 日	月 日	1年半 月 日	月 日	2年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		月 日	2年半 月 日	月 日	3年 月 日	月 日	4年 月 日	月 日	5年 月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

診療情報提供書・大腸癌術後フォローアップ連携パス(かかりつけ医⇒病院) 平成 年 月 日

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪市中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日
 患者氏名 _____

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など
 異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○:サーベイランス ※病期・状態に応じ適宜検査項目は追加する

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		(術後)		6ヶ月	1年	1年半	2年		
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		(術後)		2年半	3年	4年	5年		
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査				○				

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪市中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

クリニックが専用の印鑑を押せる
 ように空白にしておく

患者情報

ふりがな
 患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など
 異常所見なし
 異常所見あり

ありの場合は、その詳細を記入する

【治療計画】 該当する診察月のみ、カラーをつける

○は必須項目 △は必要時実施項目

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査		△		○				○(直腸がんのみ)

	(術後)	連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○	○(StageⅢのみ)	○	○(StageⅢのみ)	○
	大腸内視鏡検査				○				

医療機関情報
 〒540-0006
 大阪府中央区法円坂2-1-14
 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
 先生 御侍史

患者情報

ふりがな
 患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

平素より大変お世話になっております。
 術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

症状経過など

異常所見なし
 異常所見あり

【治療計画】

○は必須項目 △は必要時実施項目

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○		○		○
	大腸内視鏡検査		△		○				○(直腸がんのみ)

		連携医	病院	連携医	病院	連携医or病院	病院	連携医or病院	病院
		2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診・視触診	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	血液・生化学(CEA・CA19-9含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	CT検査(胸部・腹部・骨盤など)		○		○	○(Stage IIIのみ)	○	○(Stage IIIのみ)	○
	大腸内視鏡検査				○				



独立行政法人国立病院機構
大阪医療センター
電話番号 06-6942-1331

平成29年6月