

私のカルテ



大腸がん(結腸がん術後)

地域連携クリニカルパス(地域連携診療計画書)【患者用】

連携パスとは

「地域医療診療計画書」(地域連携クリニカルパス、連携パス)とは、あなたとあなたの住む地域のかかりつけ医とがん治療を行った病院の医師が、あなたの治療経過を共有するためのものです。この治療計画書を活用して、あなたの治療を続けます。

術後の状態が安定しているときの日常の診療はかかりつけ医が持ち、専門的な治療や定期的な検査は病院で行いますので、日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。そのときの必要に応じて病院を受診していただきます。

もくじ

- ① 退院後の日常生活について
- ② 大腸がん手術後の日常生活で気をつけていただきたいこと
- ③ 退院後もこれだけは忘れずに！
- ④ 大腸がん術後 地域医療連携パス
「私の受診カルテ」
- ⑤ 診療スケジュール・カレンダー

①退院後の日常生活について

大腸の切除術後の体の状態は、便が通る腸の長さが少し短くなったこと以外には、からだに大きな変化はありません。ですから、基本的には食事や運動、仕事、家事などには制限はありませんので、入院前と同じように生活していただけます。

(1)社会復帰について

術後の体調に自信がいたら仕事、家事に復帰しましょう。年齢や体力、手術内容や仕事内容により、復帰時期は異なると考えられますが、事務的な仕事では1ヶ月程度、肉体労働を含む仕事では2～3ヶ月程度で社会復帰が可能と考えられます。

(2)食生活について

基本的には制限がありません。退院後には徐々に自宅での食生活に慣れていただくこととなります。消化のしにくいものは腸閉塞の原因になることがありますので、大量に摂取することはひかえるようにしてください。適量のアルコールであれば、飲むことも可能と考えられます。

(3)その他

外出や旅行もできます。ご不安なら病院担当医におたずねください。

②手術後の日常生活で気をつけていただきたいこと

大腸がん手術後の後遺症については以下のような種類があります。

(1) 腸閉塞

(2) 便秘

(3) 下痢

(1) 腸閉塞 (ちょうへいそく)

手術をしたあとは、ほとんどの場合、おなかの中で腸があちこちにくっつきます。これを「腸管癒着 (ゆちゃく)」といいます。その結果、腸が折れ曲がったり、狭くなったところに食べたものが引っかかると、腸の中の流れがスムーズにいかなくなる場合があります。

症状

ムカつき、吐きもどし、お通じやおならがでなくなる、腹痛などです。治療の開始が遅れると、腸がねじれて血流が途絶え、腸自体が死んでしまうことがありますので、吐き気やおう吐に加えて痛みが強いときは、必ず医師の診察を受けてください。

治療法

多くの場合、絶食していると自然に治ります。ときには腸の癒着を剥がしたり、ねじれを治す手術が必要になります。

(2) 便秘

医学的な理由は解明されていませんが、大腸の手術後には便秘になる人が多いようです。

術後に毎日お通じがない場合は、食物繊維を多く含む食事を心がけるとともに、適度な運動をお願いします。

手術後、しばらくの間はくすりの助けが必要な方もいらっしゃると思います。医師が、毎日快適なお通じがあるようにくすりを処方します。

(3) 下痢

大腸は口から摂った水分を吸収するはたらきをするところです。手術で腸が短くなったために便がゆるくなる方がおられます。

こういった場合は、くすりで便の硬さや回数をコントロールしていくことになります。受診のたびに担当医にお通じの状況をおっしゃってください。なお、お通じのくすりは処方通りにのまなければならぬわけではありません。排便状況にあわせてご自身で調節してください。

③退院後もこれだけは忘れずに！

(1) 定期的な診察や検査に行きましょう

- ・手術後5年間は、定期的な診察や検査を行います（診療所/病院）。
- ・診察や検査の間隔は、手術後の日数や状態によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。この「私のカルテ」にも5年間の受診カレンダーがはさんであります。受診のたびに医師が次の予約日を記入しますので、**受診先（診療所/病院）を間違えないようにしてください。**

- ・定期検査は大腸がん術後を対象としているものです。他の病気をカバーするものではありませんから、**手術後以外の健康状態に関しては、診療所の先生にご相談ください。かかりつけ医をもつ利点はここにあります。**

(2) 毎月1回、自己検診を続けましょう

この度の大腸がんがよい例ですが、どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月1回、日をきめて、ご自身で症状をチェックしてください。自己検診の方法や気になるとことがありましたら、かかりつけ医にご相談ください。

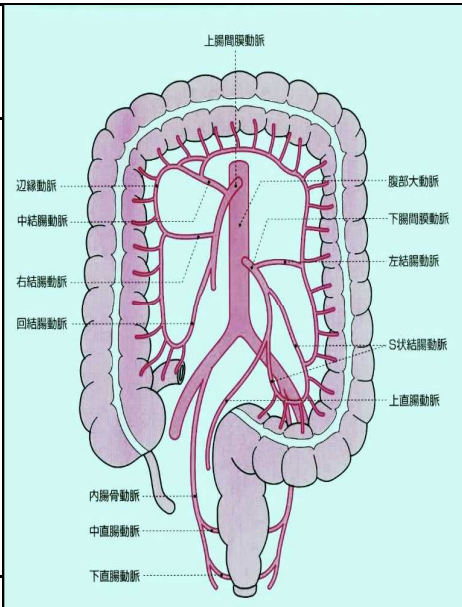
もし、かかりつけ医が検査必要と判断すれば、その場でかかりつけ医が病院の検査予約をして、検査・受診日を決めることができます。

(3) 指示された薬は忘れずに服用しましょう

- ・ご自身の判断で医師が処方したくすりの内服をやめたりしないようにしてください。あなたにくすりが必要だからお出ししているのです。
- ・**お通じに関するくすりはこのかぎりではありません。**

大腸がん(Stage I / II)手術後地域連携クリニカルパス(患者用)

患者プロフィール (治療背景)(病院担当医・スタッフが記載)

		退院日	西暦	年	月	日
患者情報	フリガナ		性別	退院時体重		
	氏名		男・女	kg		
	生年月日	西暦	年	月	日	手術時の年齢
	受診機関	診療所		担当医		
		病院				
既往歴	生活習慣病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	悪性疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
手術情報	病名	<input type="checkbox"/> (盲腸・上行・横行・下行・S状) 結腸癌 <input type="checkbox"/> 直腸S状部癌				
	術式	<input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 () 切除術 <input type="checkbox"/> リンパ節郭清D() <input type="checkbox"/> 消化管再建法 () 腸 () 腸吻合術 <input type="checkbox"/> (手縫い・器械) 吻合				
						
	輸血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	手術日	西暦	年	月	日	切除・リンパ節郭清範囲を図示
	術後合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
最終診断	腫瘍深達度	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> SI				
	リンパ節転移	<input type="checkbox"/> N0				
	遠隔転移	<input type="checkbox"/> M0				
	病期 Stage	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II				
備考						

大腸がん(Stage I・II)術後地域連携クリニカルパス(地域連携診療計画書)【患者用】



大腸がん

お名前																												
達成目標(アウトカム)		①自宅内(または会社)でのADL(日常生活に最低限必要な基本的動作)が術前と変わらない ②排便が規則的に有る ③腸管癒着症状(腹痛・嘔気・腹部膨満)がない ④食事が十分にとれている ⑤腹部手術創が完治している ⑥術後のフォローアップ方針(地域連携システムも含む)について理解されている																										
私の目標																												
受診時期(退院日 /) (手術日 /)		退院後	術後 →						術後1年				術後2年				術後3年				術後4年				術後5年			
		2週間	1.5ヶ月	3ヶ月	4.5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	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月				
受診日		月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
受診機関(診療所・病院)			病院	病院	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所				
診察			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
検査	採血	血算・生化学		○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
		腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)			○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	画像診断	胸部CT					○		○		○		○		○		○		○		○		○					
		腹部・骨盤CT					○		○		○		○		○		○		○		○		○					
		大腸内視鏡(吻合部再発検査目的)						○																				
投薬		支持療法薬(必要に応じて)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△				

○は必須項目 △は可能であれば、あるいは必要時実施項目

私の受診カルテ(2週間から3ヶ月)

スケジュール 診察・検査	病院	手術後	2週間	1.5ヶ月	3ヶ月
	受診日 (月/日)		/	/	/
	医院	医療機関	病院	病院	病院
	検査			採血	採血
自己検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなかの状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	きずの状態	痛む	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない
	先生への質問(連絡ノート)			ある・無い	ある・無い
診察	問診	排便回数	○	○	○
		便の性状			
		腹部膨満感			
		蠕動亢進			
		食後の腹痛			
		手術創癒痕痛			
		食欲			
	体重減少				
	触指診	腹部膨満	○	○	○
		圧痛			
手術創					
手術創癒痕ヘルニア					
診察結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学		○	○
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)			○
	画像診断	胸部CT			
		腹部・骨盤CT 大腸内視鏡検査			
検査結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
投薬			△	△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(4.5ヶ月から9ヶ月)

スケジュール 診察・ 検査	病院	手術後	4.5ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
	受診日 (月/日)		/	/	/
	医院	医療機関	診療所	病院	診療所
	検査			採血・画像	採血
自己検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなか の状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	きずの 状態	痛む	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いらぬこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いらぬこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いらぬこともある あまり飲んでいない
	先生への質問(連絡ノート)			ある・無い	ある・無い
診察	問診	排便回数	○	○	○
		便の性状			
		腹部膨満感			
		蠕動亢進			
		食後の腹痛			
		手術創癒痕痛			
		食欲			
	体重減少				
	触指診	腹部膨満	○	○	○
		圧痛			
手術創					
手術創癒痕ヘルニア					
診察結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学		○	○
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)		○	○
	画像 診断	胸部CT		○	
		腹部・骨盤CT 大腸内視鏡検査		○	
検査結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
投薬			△	△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(1年から1年6ヶ月)

スケジュール 診察・ 検査	病院	手術後	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月
		受診日 (月/日)	/	/	/
	医院	医療機関	病院	診療所	病院
	検査		採血・画像	採血	採血・画像
自己 検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなか の状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	きずの 状態	痛む	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない
	先生への質問(連絡ノート)			ある・無い	ある・無い
診察	問診	排便回数	○	○	○
		便の性状			
		腹部膨満感			
		蠕動亢進			
		食後の腹痛			
		手術創癒痕痛			
		食欲			
	体重減少				
	触指診	腹部膨満	○	○	○
		圧痛			
手術創					
手術創癒痕ヘルニア					
診察結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○
	画像 診断	胸部CT	○		○
		腹部・骨盤CT 大腸内視鏡検査	○		○
検査結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
投薬			△	△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(1年9ヶ月から2年3ヶ月)

スケジュール 診察・検査	病院	手術後	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月
	受診日 (月/日)		/	/	/
	医院	医療機関	診療所	病院	診療所
	検査		採血	採血・画像	採血
自己検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなか の状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	きずの 状態	痛む	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない
先生への質問(連絡ノート)			ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	排便回数	○	○	○
		便の性状			
		腹部膨満感			
		蠕動亢進			
		食後の腹痛			
		手術創癒痕痛			
		食欲			
	体重減少				
	触指診	腹部膨満	○	○	○
		圧痛			
手術創					
手術創癒痕ヘルニア					
診察結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○
	画像 診断	胸部CT		○	
		腹部・骨盤CT 大腸内視鏡検査		○	
検査結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
投薬			△	△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(2年6ヶ月から3年)

スケジュール 診察・検査	病院	手術後	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
	受診日 (月/日)		/	/	/
	医療機関	医療機関	病院	診療所	病院
	検査		採血・画像	採血	採血・画像
自己検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなかの状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	きずの状態	痛む	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いらぬこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いらぬこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いらぬこともある あまり飲んでいない
	先生への質問(連絡ノート)			ある・無い	ある・無い
診察	問診	排便回数			
		便の性状			
		腹部膨満感			
		蠕動亢進	○	○	○
		食後の腹痛			
		手術創癒痕痛			
		食欲			
	体重減少				
	触指診	腹部膨満			
		圧痛	○	○	○
手術創					
手術創癒痕ヘルニア					
診察結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○	○	○
	画像診断	胸部CT	○		○
		腹部・骨盤CT	○		○
検査結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
投薬			△	△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(3年3ヶ月から3年9ヶ月)

スケジューリング 診察・検査	病院	手術後	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月
	受診日 (月/日)		/	/	/
	医療機関	診療所	診療所	病院	診療所
	検査			採血・画像	
自己検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなかの状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	きずの状態	痛む	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない
先生への質問(連絡ノート)			ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	排便回数	○	○	○
		便の性状			
		腹部膨満感			
		蠕動亢進			
		食後の腹痛			
		手術創癒痕痛			
		食欲			
	体重減少				
	触指診	腹部膨満	○	○	○
		圧痛			
手術創					
手術創癒痕ヘルニア					
診察結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学		○	
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)		○	
	画像診断	胸部CT		○	
		腹部・骨盤CT		○	
	大腸内視鏡検査				
検査結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
投薬			△	△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(4年から4年6ヶ月)

スケジュール 診察・検査	病院	手術後	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月
	受診日 (月/日)		/	/	/
	医療機関	医療機関	病院	診療所	病院
	検査		採血・画像		採血・画像
自己検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなかの状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	きずの状態	痛む	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない
	先生への質問(連絡ノート)			ある・無い	ある・無い
診察	問診	排便回数			
		便の性状			
		腹部膨満感			
		蠕動亢進	○	○	○
		食後の腹痛			
		手術創癒痕痛			
		食欲			
	体重減少				
	触指診	腹部膨満			
		圧痛	○	○	○
手術創					
手術創癒痕ヘルニア					
診察結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学	○		○
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○		○
	画像診断	胸部CT	○		○
		腹部・骨盤CT	○		○
		大腸内視鏡検査			
検査結果に問題有無			有・無	有・無	有・無
投薬			△	△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(4年9ヶ月から5年)

診察・ 検査 スケジュール	病院	手術後	4年9ヶ月	5年
		受診日 (月/日)	/	/
	医院	医療機関	診療所	病院
	検査			採血・画像
自己 検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	A・B・C
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	1日に()回 ()日に1回
		形状	硬い・普通・ゆるい	硬い・普通・ゆるい
	食事	食欲	ある・普通・無い	ある・普通・無い
	おなか の状態	ときどき痛みが	ある・無い	ある・無い
		張って苦しいことが	ある・無い	ある・無い
		むかつきがときどき	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg
	きずの 状態	痛む	ある・無い	ある・無い
		やわらかいふくらみが	ある・無い	ある・無い
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	気になる 気にならない
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない	規則正しく飲んでいる いないこともある あまり飲んでいない
	先生への質問(連絡ノート)			ある・無い
診察	問診	排便回数	○	○
		便の性状		
		腹部膨満感		
		蠕動亢進		
		食後の腹痛		
		手術創癒痕痛		
		食欲		
	体重減少			
	触指診	腹部膨満	○	○
		圧痛		
手術創				
手術創癒痕ヘルニア				
診察結果に問題有無			有・無	有・無
検査	採血	血算・生化学		○
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)		○
	画像 診断	胸部CT		○
		腹部・骨盤CT		○
検査結果に問題有無			有・無	有・無
投薬			△	△

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
気になることを記録して、医師に相談しましょう。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ「予備シート」(定期受診外の際このシートをご利用ください)

スケジュール 診察・検査	病院	手術後		その他備考欄
		受診日 (月/日)	/	
	医院	医療機関		
	検査			
自己検診	体調	A:よい B:ふつう C:よくない	A・B・C	
	お通じ	回数	1日に()回 ()日に1回	
		形状	硬い・普通・ゆるい	
	食事	食欲	ある・普通・無い	
	おなかの状態	ときどき痛みが	ある・無い	
		張って苦しいことが	ある・無い	
		むかつきがときどき	ある・無い	
	体重		kg	
	きずの状態	痛む	ある・無い	
		やわらかいふくらみが	ある・無い	
		ケロイドあとが	気になる 気にならない	
	くすり	くすりは	規則正しく飲んでいる いらぬこともある あまり飲んでいない	
先生への質問(連絡ノート)		ある・無い		
診察	問診	排便回数	○	
		便の性状		
		腹部膨満感		
		蠕動亢進		
		食後の腹痛		
		手術創癒痕痛		
		食欲		
		体重減少		
	触指診	腹部膨満		
		圧痛		
手術創				
手術創癒痕ヘルニア				
診察結果に問題有無		有・無		
検査	採血	血算・生化学		
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)		
	画像診断	胸部CT		
		腹部・骨盤CT		
		大腸内視鏡検査		
検査結果に問題有無		有・無		
投薬				

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。
 気になることを記録して、医師に相談しましょう。
 ※このシートは追加診察用です。コピーしてご利用ください。

検査結果を貼りましょう

連絡ノート(気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録)

記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	

このQAシートは「5大がん地域連携パス」の運用についてに限ります。

5大がん地域連携パスQA・要望シート

連絡先	医療機関名：		
	担当部署／担当者：		
	TEL：	FAX：	
	<input type="checkbox"/> 質問	<input type="checkbox"/> 要望	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> その他
質問／要望	について		
質問日	年	月	日
事務局欄	回答につきましては、直接お返事はいたしません。		
	内容をまとめてHP等で公開させていただきます。		
	事務局整理用		
回答日	年	月	日
	回答者		

事務局管理番号：

表紙画:北川 久夫

滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会
平成26年(2014年)11月11日 第1.20版