

私のカルテ



【大腸 UFT/ユーゼル】

連絡先メモ

お名前：

かかりつけ医：

担当医

(電話 — —)

手術担当病院：

担当医

(電話 — — 代表)

かかりつけ薬局：

(電話 — —)

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 大腸がんの治療について
- ⑤ 「UFT/ユーゼル」ってどんなお薬？
- ⑥ 患者プロフィール
- ⑦ 大腸がん術後補助化学療法(「UFT/ユーゼル」)地域連携クリニカルパス
- ⑧ 「私の受診カルテ」

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ことがあります。

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おられます。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、くすりでご自身の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。

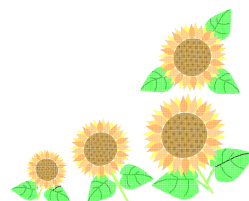
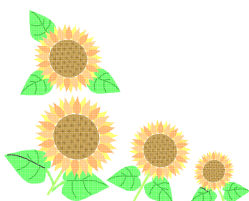
- ・**お通じに関するくすりはこのかぎりではありません。**

④大腸がんの治療について

大腸がんは、早期発見の場合、そのほとんどは手術によってがんを取り切ることができますが、なかには再発してしまうこともあります。これは、目に見えない大きさのがん細胞が、からだのどこかに残っているからだと考えられています。

そこで、再発の可能性を少なくするために抗がん剤を用いて残っているがん細胞を攻撃して、やっつける治療を行います。手術の補助的な役割を担うことからこれを「術後補助化学療法」といいます。

大腸がん(結腸がん)の術後補助化学療法に用いるお薬は、目に見えないがん細胞を攻撃して死滅させ、その増殖を防ぐ働きがあります。しかし、がん細胞だけでなく正常な細胞にも影響を与えてしまうことがあるため、あなた自身によくない影響(副作用)があらわれることもあります。



⑤ 「UFT/ユーゼル」って どんなお薬？

UFT /ユーゼルは抗がん剤の1つです。手術後にUFT/ユーゼンを服用することによって目に見えないがん細胞を攻撃して死滅させ、その増殖を防ぐ働きがあります。

UFT



UFTは、テガフルにウラシルを配合した薬で、20年以上にわたり広く使われています。テガフルは、世界中で広く使われているフルオロウラシルという薬の効果を高め、副作用を少なくするために開発された薬です。

テガフル:体内でフルオロウラシルに変換され、がん細胞を攻撃します。

ウラシル:フルオロウラシルが分解されるのを防ぎます。

ユーゼル錠

ユーゼル錠はそれ自身がん細胞を攻撃する作用を持っていません。しかし、UFTと一緒に決められた量を飲むことにより、がん細胞を攻撃するフルオロウラシルの効果を高めます。また、UFT /ユーゼルは経口薬ですので家庭や職場でいつもと同じ生活が送れます。他の化学療法剤と比べ、全体的に脱毛などの副作用は少なく、下痢や骨髄抑制(白血球が減少して感染しやすくなることなど)、肝機能障害といった副作用があらわれることが報告されています。治療を最後まで行うために、副作用を正しく理解することが大切です。

服用中に何か異変を感じたら、主治医にお知らせください。

UFT /ユーゼル 服用方法

UFT：身長や体重、症状や体の状態により投与量が決まります。

ユーゼル：毎回1錠です。

1日3回(約8時間ごと)に食後の1時間をさけて一緒に服用して下さい。

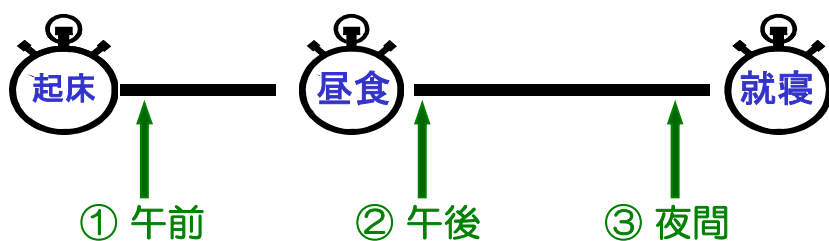
28日間毎日続けて飲んだ後、7日間お休みします。

これを繰り返します。

標準的な飲み方

28日間 毎日続けて一緒に飲む

7日間 お休み



例1 (起床直後) (昼食2時間後) (就寝前)



例2 (朝食1時間後) (夕方) (就寝前)

■ 飲み忘れても、気づいたときに飲んだり、
次回に2回分の量を服用しないでください。




■ 副作用があらわれた場合は、お薬の量を減らしたり、
一定の期間お休みすることもあります。十分な効果を引き出すためには、決められた期間服用を続けることが大切です。

UFT /ユーゼル 副作用

● 消化器症状（下痢、食欲不振、口内炎など）

 下痢がひどいとき
飲み始めて数日以内に口内炎と同時に下痢が現れるとき
 すぐに主治医に連絡してください。

● 骨髄抑制（白血球数・赤血球数、血小板数が減少）

- ▶ 白血球数が著しく減少  感染症にかかりやすくなります。
- ▶ 赤血球数が著しく減少  立ちくらみなどがおきやすくなります。
- ▶ 血小板数が著しく減少  出血が止まりにくくなります。

 38℃以上の発熱があるとき  感染がおこっている可能性があります。
すぐに主治医に連絡してください。

その他

そのほか、肝機能障害、発疹、色素沈着、疲労感、脱力感などの症状があらわれることもあります。

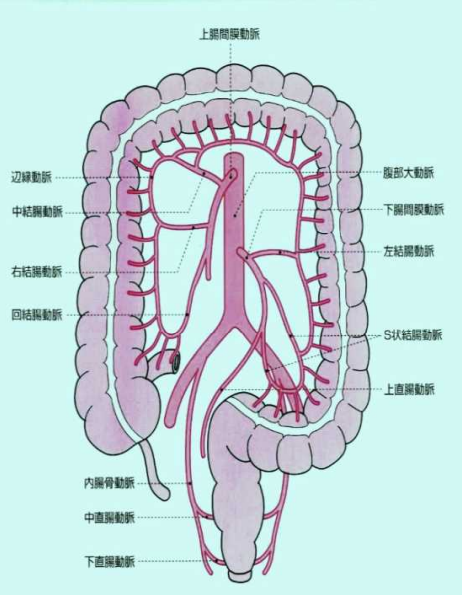
いつもと明らかに違うな、変だなと感じたら、主治医に連絡してください。



大腸がん術後補助化学療法地域連携クリニカルパス(UFT/ユーゼル)(患者用)

⑥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"/> SE <input type="checkbox"/> SI				
	リンパ節転移	<input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3				
	遠隔転移	<input type="checkbox"/> M0				
	病期 Stage	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb				
術後補助化学療法	<input type="checkbox"/> mFOLFOX6 <input type="checkbox"/> FOLFOX4 <input type="checkbox"/> 5FU/LV <input type="checkbox"/> ゼローダ <input type="checkbox"/> UFT/ユーゼル(ロイコボリン) <input type="checkbox"/> その他()					
備考						



大腸がん術後補助化学療法(UFT/ユーゼル)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 ⑦術後補助化学療法が問題なく完遂できる。																			
私の目標																					
受診時期(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	
				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		日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受診機関(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	病院
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			○						○										
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

⑦大腸がん(Stage II/III)術後補助化学療法UFT/ユーゼル(手術後6ヶ月)地域連携クリニカルパス(地域連携診療計画書)【患者用】

<UFT/ユーゼル>

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 ⑦術後補助化学療法が問題なく完遂できる。 ⑧大腸がん術後再発の兆候がない ⑨術後補助化学療法の継続が可能である																
私の目標																		
受診時期(化学療法コース)		退院後2週間	1コース目			2コース目			3コース目			4コース目			5コース目			
			UFT/ユーゼル内服		休業(7日)	UFT/ユーゼル内服		休業(7日)	UFT/ユーゼル内服		休業(7日)	UFT/ユーゼル内服		休業(7日)	UFT/ユーゼル内服		休業(7日)	
			開始日	15日目	29~35日目	開始日	15日目	29~35日目	開始日	15日目	29~35日目	開始日	15日目	29~35日目	開始日	15日目	29~35日目	
受診日		受診日	/	/	/	/	/	/		/	/		/	/		/	/	/
受診機関(診療所・病院)		病院	病院	病院	診療所	病院	病院		診療所(病院)	診療所(病院)		診療所(病院)	診療所(病院)		病院	病院	診療所	
診察/有害事象の評価・対応		○	○	○	○	○	○		○	○		○	○		○	○	○	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○	○	○	○		○	○		○	○		○	○	
		腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)														○		
	画像診断	胸・腹部CT													○			
投薬		UFT/ユーゼル処方		○	○		○	○		○	○		○	○		○	○	

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 開始日~14日目) 1コース目前半

スケジュール 診察・検査	化学療法開始後		開始日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	医療機関		病院														
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	
			昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	
	消化器の 症状	下痢															
		腹痛															
		むかつき・嘔吐															
		食欲不振															
口内炎																	
皮膚	色素沈着																
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい													
		体重の増減															
		腹部症状・便秘															
		UFT/ユーゼルの有害事象															
	一般的内科診察																
投薬	○																
検査	採血	血算・生化学	○														
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)															
画像診断	胸・腹部CT																
今回の服用スケジュール																	
服薬時間		朝	昼	夜													
		時頃	時頃	時頃													
UFT配合カプセル		錠	錠	錠													
UFT配合顆粒 T100		包	包	包													
UFT配合顆粒 T150		包	包	包													
UFT配合顆粒 T200		包	包	包													
ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)		1 錠	1 錠	1 錠													

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 15日目～35日目)1コース目後半

診察・検査	化学療法開始後		15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	31日目	32日目	33日目	34日目	35日目		
		受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		医療機関		病院														期間内に診療所を受診して下さい							
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	UFT/ユーゼルの内服はお休みです								
		下痢等																							
	消化器の症状	腹痛																							
		むかつき・嘔吐																							
		食欲不振																							
		口内炎																							
皮膚	色素沈着																								
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																					
		体重の増減																							
		腹部症状・便通																							
		UFT/ユーゼルの有害事象																							
	一般的内科診察																								
	投薬	○																							
検査	採血	血算・生化学	○																						
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)																							
	画像診断	胸・腹部CT																							
今回の服用スケジュール																									
服薬時間			朝 時頃	昼 時頃	夜 時頃																				
UFT配合カプセル			錠	錠	錠																				
UFT配合顆粒 T100			包	包	包																				
UFT配合顆粒 T150			包	包	包																				
UFT配合顆粒 T200			包	包	包																				
ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)			1 錠	1 錠	1 錠																				

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 開始日~14日目) 2コース目前半

診察・検査	化学療法開始後		開始日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目																										
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																									
	医療機関		病院																																							
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜																										
		下痢																																								
	消化器の症状	腹痛																																								
		むかつき・嘔吐																																								
		食欲不振																																								
		口内炎																																								
皮膚	色素沈着																																									
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																																						
		体重の増減																																								
		腹部症状・便秘																																								
		UFT/ユーゼルの有害事象																																								
	一般的内科診察																																									
投薬	○																																									
検査	採血	血算・生化学	○																																							
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)																																								
画像診断	胸・腹部CT																																									
										<h3 style="text-align: center;">今回の服用スケジュール</h3> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">服薬時間</th> <th>朝</th> <th>昼</th> <th>夜</th> </tr> <tr> <th>時頃</th> <th>時頃</th> <th>時頃</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UFT配合カプセル</td> <td>錠</td> <td>錠</td> <td>錠</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T100</td> <td>包</td> <td>包</td> <td>包</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T150</td> <td>包</td> <td>包</td> <td>包</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T200</td> <td>包</td> <td>包</td> <td>包</td> </tr> <tr> <td>ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)</td> <td>1錠</td> <td>1錠</td> <td>1錠</td> </tr> </tbody> </table>						服薬時間	朝	昼	夜	時頃	時頃	時頃	UFT配合カプセル	錠	錠	錠	UFT配合顆粒 T100	包	包	包	UFT配合顆粒 T150	包	包	包	UFT配合顆粒 T200	包	包	包	ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)	1錠	1錠	1錠
服薬時間	朝	昼	夜																																							
	時頃	時頃	時頃																																							
UFT配合カプセル	錠	錠	錠																																							
UFT配合顆粒 T100	包	包	包																																							
UFT配合顆粒 T150	包	包	包																																							
UFT配合顆粒 T200	包	包	包																																							
ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)	1錠	1錠	1錠																																							

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 15日目～35日目) 2コース目後半

観察・検査	化学療法開始後		15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	31日目	32日目	33日目	34日目	35日目		
		受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		医療機関		病院																					
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	UFT/ユーゼルの内服はお休みです								
		下痢等																							
	消化器の症状	腹痛																							
		むかつき・嘔吐																							
		食欲不振																							
		口内炎																							
皮膚	色素沈着																								
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																					
		体重の増減																							
		腹部症状・便通																							
		UFT/ユーゼルの有害事象																							
	一般的内科診察																								
	投薬	○																							
検査	採血	血算・生化学	○																						
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)																							
	画像診断	胸・腹部CT																							
今回の服用スケジュール																									
服薬時間			朝 時頃	昼 時頃	夜 時頃																				
UFT配合カプセル			錠	錠	錠																				
UFT配合顆粒 T100			包	包	包																				
UFT配合顆粒 T150			包	包	包																				
UFT配合顆粒 T200			包	包	包																				
ユーゼル錠25mg (ロイコポリン)			1 錠	1 錠	1 錠																				

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 開始日~14日目) 3コース目前半

診察・検査 スケジュール	化学療法開始後		開始日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目																										
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																									
	医療機関		診療所 (病院)																																							
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝	朝																										
			昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼	昼																										
			夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜	夜																										
	消化器の症状	下痢																																								
		腹痛																																								
		むかつき・嘔吐																																								
食欲不振																																										
口内炎																																										
皮膚	色素沈着																																									
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																																						
		体重の増減																																								
		腹部症状・便秘																																								
		UFT/ユーゼルの有害事象																																								
	一般的内科診察																																									
投薬	○																																									
検査	採血	血算・生化学	○																																							
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○																																							
画像診断	胸・腹部CT																																									
			<div style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; padding: 5px;"> 今回の服用スケジュール </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #FFC0CB;">服薬時間</th> <th style="background-color: #FFC0CB;">朝</th> <th style="background-color: #FFC0CB;">昼</th> <th style="background-color: #FFC0CB;">夜</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #FFC0CB;">時頃</th> <th style="background-color: #FFC0CB;">時頃</th> <th style="background-color: #FFC0CB;">時頃</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UFT配合カプセル</td> <td style="text-align: center;">錠</td> <td style="text-align: center;">錠</td> <td style="text-align: center;">錠</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T100</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T150</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T200</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> </tr> <tr> <td>ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)</td> <td style="text-align: center;">1錠</td> <td style="text-align: center;">1錠</td> <td style="text-align: center;">1錠</td> </tr> </tbody> </table>													服薬時間	朝	昼	夜	時頃	時頃	時頃	UFT配合カプセル	錠	錠	錠	UFT配合顆粒 T100	包	包	包	UFT配合顆粒 T150	包	包	包	UFT配合顆粒 T200	包	包	包	ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)	1錠	1錠	1錠
服薬時間	朝	昼	夜																																							
	時頃	時頃	時頃																																							
UFT配合カプセル	錠	錠	錠																																							
UFT配合顆粒 T100	包	包	包																																							
UFT配合顆粒 T150	包	包	包																																							
UFT配合顆粒 T200	包	包	包																																							
ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)	1錠	1錠	1錠																																							

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 15日目～35日目) 3コース目後半

スケジュール 診察・検査	化学療法開始後		15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	31日目	32日目	33日目	34日目	35日目		
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	医療機関		診療所 (病院)																						
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	UFT/ユーゼルの内服はお休みです								
		下痢等																							
	消化器の 症状	腹痛																							
		むかつき・嘔吐																							
		食欲不振																							
		口内炎																							
皮膚	色素沈着																								
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																					
		体重の増減																							
		腹部症状・便通																							
		UFT/ユーゼルの有害事象																							
	一般的内科診察																								
	投薬	○																							
検査	採血	血算・生化学	○																						
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)																							
	画像診断	胸・腹部CT																							
今回の服用スケジュール																									
服薬時間			朝 時頃	昼 時頃	夜 時頃																				
UFT配合カプセル			錠	錠	錠																				
UFT配合顆粒 T100			包	包	包																				
UFT配合顆粒 T150			包	包	包																				
UFT配合顆粒 T200			包	包	包																				
ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)			1 錠	1 錠	1 錠																				

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 開始日～14日目) 4コース目前半

診察・検査	スケジュール		開始日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目																											
	化学療法開始後		開始日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目																											
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																											
医療機関		診療所(病院)																																									
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル(服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜																											
		下痢																																									
	消化器の症状	腹痛																																									
		むかつき・嘔吐																																									
		食欲不振																																									
		口内炎																																									
皮膚	色素沈着																																										
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																																							
		体重の増減																																									
		腹部症状・便秘																																									
		UFT/ユーゼルの有害事象																																									
	一般的内科診察																																										
投薬	○																																										
検査	採血	血算・生化学	○																																								
		腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)																																									
画像診断	胸・腹部CT																																										
							<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <h4 style="color: #0070C0;">今回の服用スケジュール</h4> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #E6B89C;">服薬時間</th> <th style="background-color: #E6B89C;">朝</th> <th style="background-color: #E6B89C;">昼</th> <th style="background-color: #E6B89C;">夜</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #E6B89C;">時頃</th> <th style="background-color: #E6B89C;">時頃</th> <th style="background-color: #E6B89C;">時頃</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UFT配合カプセル</td> <td style="text-align: center;">錠</td> <td style="text-align: center;">錠</td> <td style="text-align: center;">錠</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T100</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T150</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> </tr> <tr> <td>UFT配合顆粒 T200</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> <td style="text-align: center;">包</td> </tr> <tr> <td>ユーゼル錠25mg(ロイコボリン)</td> <td style="text-align: center;">1錠</td> <td style="text-align: center;">1錠</td> <td style="text-align: center;">1錠</td> </tr> </tbody> </table> </div>										服薬時間	朝	昼	夜	時頃	時頃	時頃	UFT配合カプセル	錠	錠	錠	UFT配合顆粒 T100	包	包	包	UFT配合顆粒 T150	包	包	包	UFT配合顆粒 T200	包	包	包	ユーゼル錠25mg(ロイコボリン)	1錠	1錠	1錠
服薬時間	朝	昼	夜																																								
	時頃	時頃	時頃																																								
UFT配合カプセル	錠	錠	錠																																								
UFT配合顆粒 T100	包	包	包																																								
UFT配合顆粒 T150	包	包	包																																								
UFT配合顆粒 T200	包	包	包																																								
ユーゼル錠25mg(ロイコボリン)	1錠	1錠	1錠																																								

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 15日目～35日目) 4コース目後半

診察・検査	スケジュール		15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	31日目	32日目	33日目	34日目	35日目								
	化学療法開始後		15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	31日目	32日目	33日目	34日目	35日目								
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
医療機関		診療所(病院)																													
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル(服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	UFT/ユーゼルの内服はお休みです														
	消化器の症状	下痢等																													
		腹痛																													
		むかつき・嘔吐																													
		食欲不振																													
	口内炎																														
皮膚	色素沈着																														
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																											
		体重の増減																													
		腹部症状・便通																													
		UFT/ユーゼルの有害事象																													
	一般的内科診察																														
	投薬	○																													
検査	採血	血算・生化学	○																												
		腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)																													
	画像診断	胸・腹部CT																													
今回の服用スケジュール																															
服薬時間			朝 時頃	昼 時頃	夜 時頃																										
			錠	錠	錠																										
UFT配合カプセル			包	包	包																										
UFT配合顆粒 T100			包	包	包																										
UFT配合顆粒 T150			包	包	包																										
UFT配合顆粒 T200			包	包	包																										
ユーゼル錠25mg(ロイコボリン)			1 錠	1 錠	1 錠																										

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 開始日~14日目) 5コース目前半

診察・検査 スケジュール	化学療法開始後		開始日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	医療機関		病院														
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	
		下痢															
	消化器の症状	腹痛															
		むかつき・嘔吐															
		食欲不振															
		口内炎															
皮膚	色素沈着																
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい													
		体重の増減															
		腹部症状・便秘															
		UFT/ユーゼルの有害事象															
	一般的内科診察																
投薬	○																
検査	採血	血算・生化学	○														
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)	○														
画像診断	胸・腹部CT	○															
			【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい							今回の服用スケジュール							
										服薬時間			朝	昼	夜		
													時頃	時頃	時頃		
										UFT配合カプセル			錠	錠	錠		
										UFT配合顆粒 T100			包	包	包		
										UFT配合顆粒 T150			包	包	包		
			UFT配合顆粒 T200			包	包	包									
			ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)			1錠	1錠	1錠									

私の受診カルテ(術後補助化学療法UFT/ユーゼル 15日目～35日目) 5コース目後半

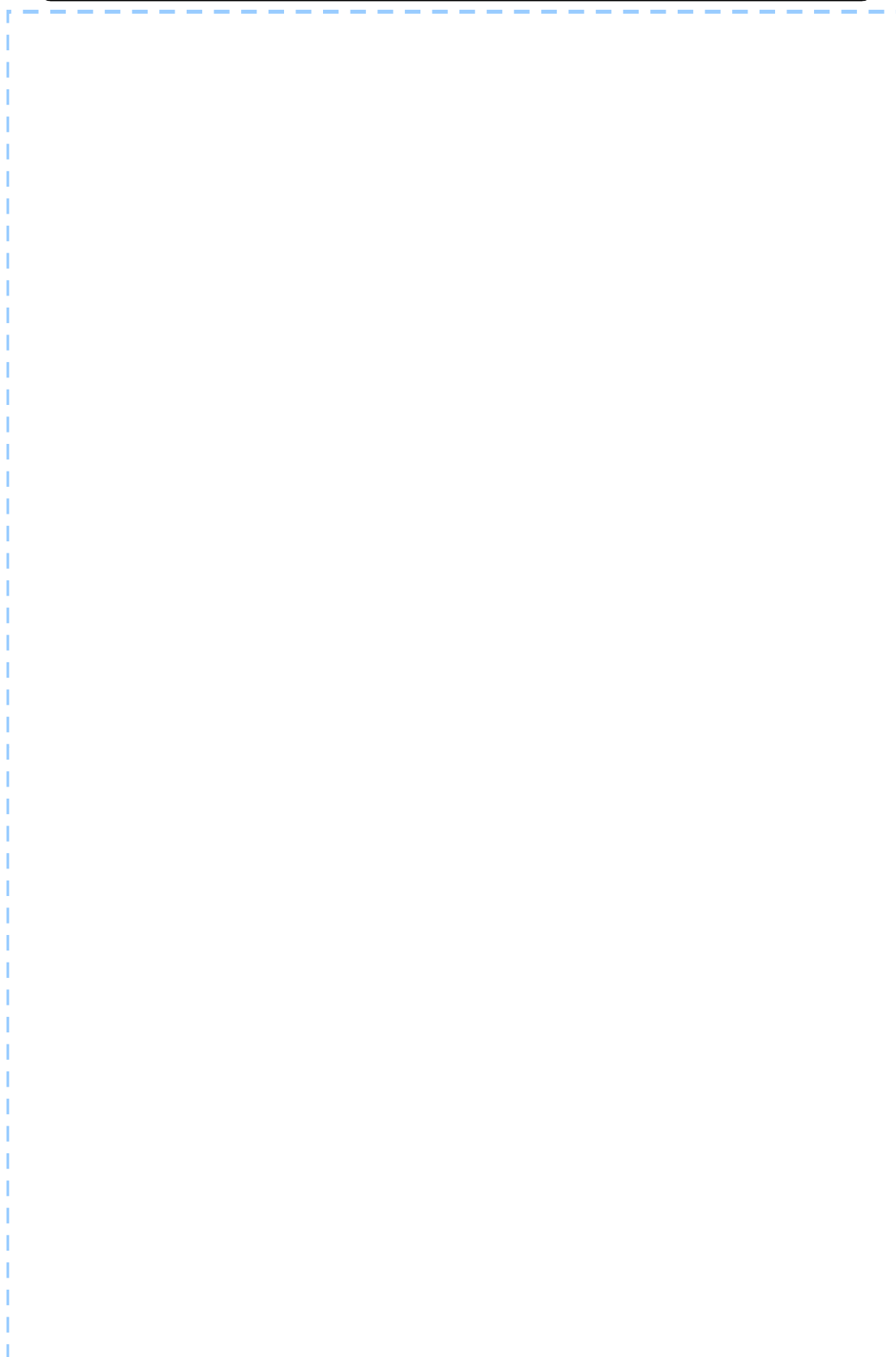
スケジューリング 診察・検査	化学療法開始後	15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	31日目	32日目	33日目	34日目	35日目							
	受診(記入)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
	病院															期間内に診療所を受診して下さい													
自己検診	くすり	UFT・ユーゼル (服用確認)	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	朝 昼 夜	UFT/ユーゼルの内服はお休みです													
	消化器の症状	下痢等																											
		腹痛																											
		むかつき・嘔吐																											
		食欲不振																											
		口内炎																											
皮膚	色素沈着																												
診察	問診	食事摂取状況	○	【MEMO(メモ)】 気になる症状があれば記入して下さい																									
		体重の増減																											
		腹部症状・便通																											
		UFT/ユーゼルの有害事象																											
	一般的内科診察																												
	投薬	○																											
検査	採血	血算・生化学	○																										
		腫瘍マーカー (CEA・CA19-9)																											
	画像診断	胸・腹部CT																											
		今回の服用スケジュール																											
		服薬時間	朝 時頃	昼 時頃	夜 時頃																								
		UFT配合カプセル	錠	錠	錠																								
		UFT配合顆粒 T100	包	包	包																								
		UFT配合顆粒 T150	包	包	包																								
		UFT配合顆粒 T200	包	包	包																								
		ユーゼル錠25mg (ロイコボリン)	1 錠	1 錠	1 錠																								

私の受診カルテ(退院後2週間～投薬期間1コース目)

スケジュール 診察・検査	手術後		退院後2週間	1コース目 開始日	1コース目 15日目	1コース目 休薬期間
	受診日(月/日)		/	/	/	/
	医療機関		病院	病院	病院	診療所
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	A・B・C
	おなか の状態	下痢	ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		腹痛	ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		張って苦しいことが むかつきがときどき	ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		食事	食欲	ある・普通・ない	ある・普通・ない	ある・普通・ない
	手足の 状態	痛み	ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		ひび割れ	ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		赤み	ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	くすり	抗がん剤は	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない
	先生への質問(連絡ノート)		ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
診察	問診	排便回数・性状	○	○	○	○
		悪心・嘔吐				
		腹部膨満感・腹痛				
		口内炎の有無				
		食欲				
		皮膚症状(発疹・黄疸)				
		呼吸器症状				
		感染症状 (発熱・かぜ症状等)				
		体重減少				
	視触診	腹部膨満・圧痛	○	○	○	○
皮膚症状の有無						
診察結果に問題有無		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	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

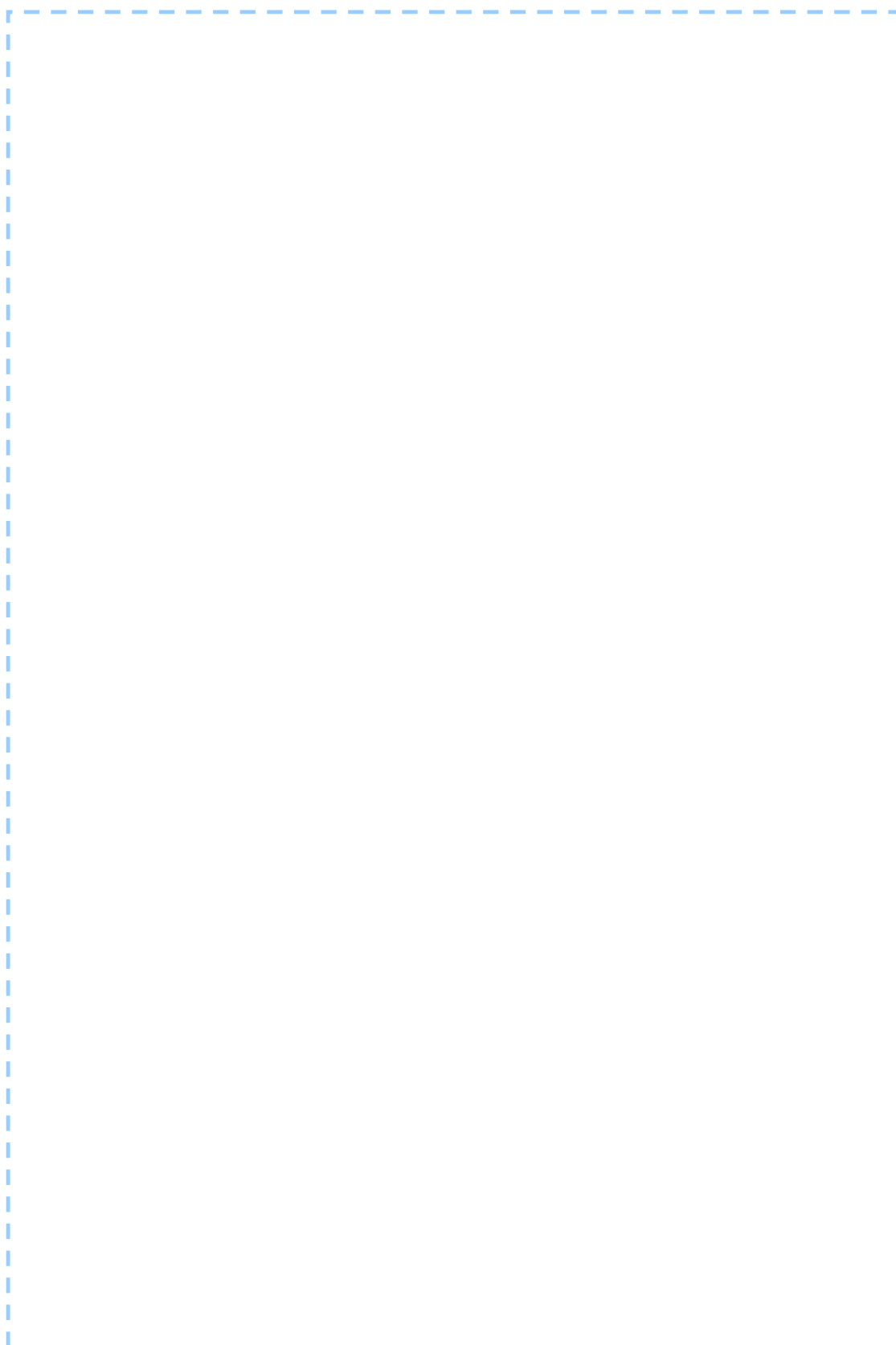


私の受診カルテ(投薬期間2コース目～3コース目)

ス ケ ジ ュ ー ル 診 察 ・ 検 査	手術後		2コース目開始日	2コース目15日目	3コース目開始日
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		病院	病院	診療所(病院)
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 な か の 状 態	下痢	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		腹痛	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		張って苦しいことが	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		むかつきがときどき	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	食事	食欲	ある・普通・ない	ある・普通・ない	ある・普通・ない
	手 足 の 状 態	痛み	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		ひび割れ	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		赤み	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	くすり	抗がん剤は	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない
先生への質問(連絡ノート)		ある・ない	ある・ない	ある・ない	
診 察	問 診	排便回数・性状	○	○	○
		悪心・嘔吐			
		腹部膨満感・腹痛			
		口内炎の有無			
		食欲			
		皮膚症状(発疹・黄疸)			
		呼吸器症状			
		感染症状 (発熱・かぜ症状等)			
		体重減少			
	視 触 診	腹部膨満・圧痛	○	○	○
皮膚症状の有無					
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(投薬期間3コース目～4コース目)

スケジュール 診察・検査	手術後		3コース目15日目	4コース目開始日	4コース目15日目
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所(病院)	診療所(病院)	診療所(病院)
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
	おなかの状態	下痢	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		腹痛	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		張って苦しいことが	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		むかつきがときどき	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	食事	食欲	ある・普通・ない	ある・普通・ない	ある・普通・ない
	手足の状態	痛み	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		ひび割れ	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		赤み	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	くすり	抗がん剤は	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない
先生への質問(連絡ノート)		ある・ない	ある・ない	ある・ない	
診察	問診	排便回数・性状	○	○	○
		悪心・嘔吐			
		腹部膨満感・腹痛			
		口内炎の有無			
		食欲			
		皮膚症状(発疹・黄疸)			
		呼吸器症状			
		感染症状 (発熱・かぜ症状等)			
		体重減少			
	視触診	腹部膨満・圧痛	○	○	○
皮膚症状の有無					
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(投薬期間5コース目)

ス ケ ジ ュ ー ル 診 察 ・ 検 査	手術後		5コース目開始日	5コース目15日目	5コース目 休薬期間
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		病院	病院	診療所
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
	おなか の状態	下痢	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		腹痛	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		張って苦しいことが むかつきがときどき	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		食事	食欲	ある・普通・ない	ある・普通・ない
	手足の 状態	痛み	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		ひび割れ	ある・ない	ある・ない	ある・ない
		赤み	ある・ない	ある・ない	ある・ない
	くすり	抗がん剤は	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない	つづけられる つづけられない
	先生への質問(連絡ノート)		ある・ない	ある・ない	ある・ない
診 察	問診	排便回数・性状	○	○	○
		悪心・嘔吐			
		腹部膨満感・腹痛			
		口内炎の有無			
		食欲			
		皮膚症状(発疹・黄疸)			
		呼吸器症状			
		感染症状 (発熱・かぜ症状等)			
	体重減少				
	視触診	腹部膨満・圧痛	○	○	○
皮膚症状の有無					
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(9ヶ月～1年3ヶ月)

ス ケ ジ ユ ー ル 診 察 ・ 検 査	手術後		9か月	12ヶ月	1年3ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	病院	診療所
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	1日に()回	1日に()回
			()日に1回	()日に1回	()日に1回
	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			
		皮膚症状の有無			
	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6ヶ月から2年)

診察・検査	スケジュール		手術後	1年6ヶ月	1年9か月	2年
			受診日(月/日)	/	/	/
			医療機関	病院	診療所	病院
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	
		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	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

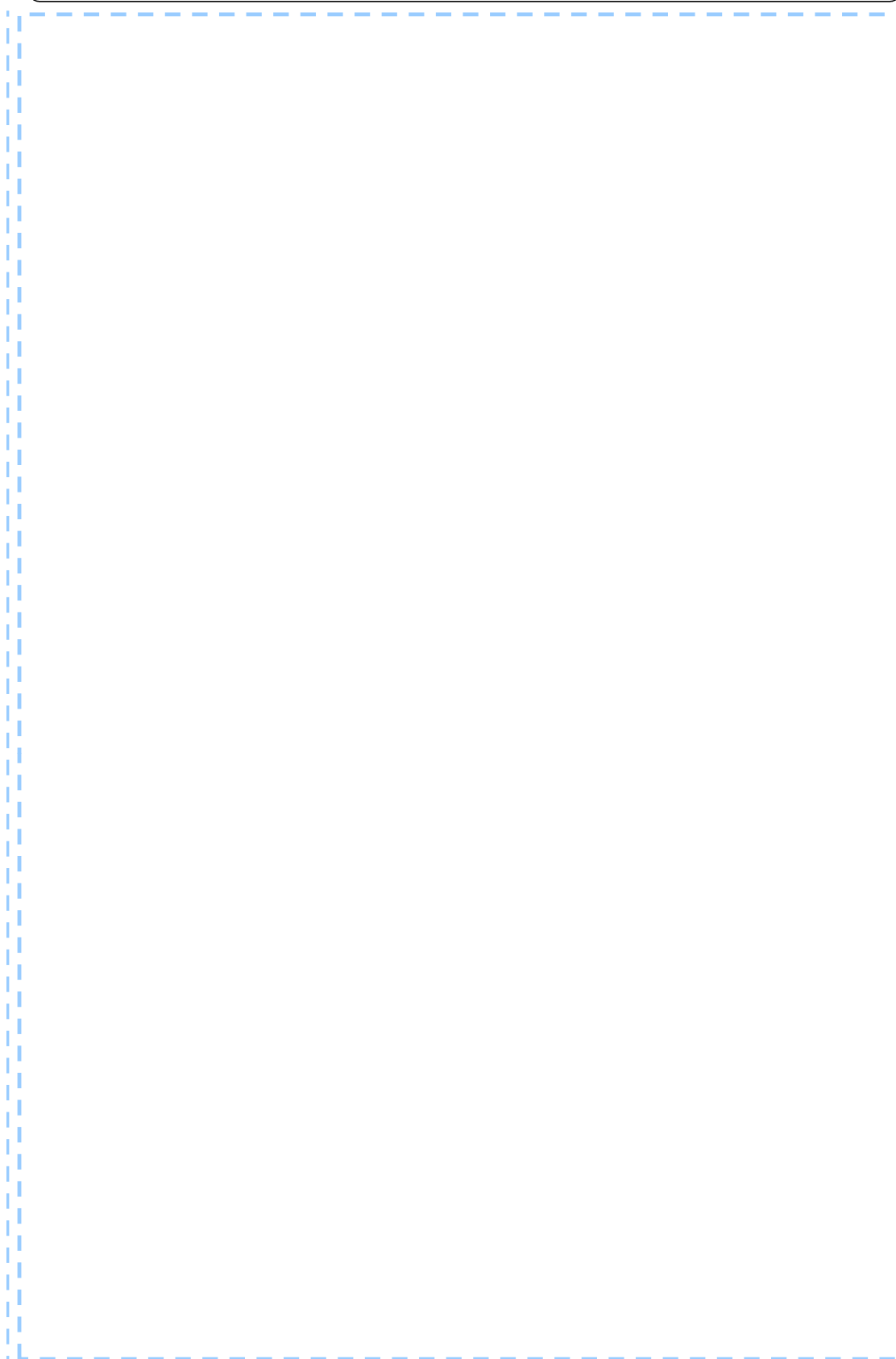


私の受診カルテ(2年3ヶ月から2年9ヶ月)

ス ケ ジ ユ ー ル 診 察 ・ 検 査	手術後		2年3ヶ月	2年6か月	2年9ヶ月	
	受診日(月/日)		/	/	/	
	医療機関		診療所	病院	診療所	
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	1日に()回	1日に()回	
			()日に1回	()日に1回	()日に1回	
	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	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				
	皮膚症状の有無					
	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(3年から3年6ヶ月)

ス ケ ジ ユ ー ル 診 察 ・ 検 査	手術後		3年	3年3か月	3年6ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		病院	診療所	病院
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	1日に()回	1日に()回
			()日に1回	()日に1回	()日に1回
	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	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(3年9ヶ月から4年3ヶ月)

診察・検査	スケジュール		手術後	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	
			受診日(月/日)	/	/	/	/
			医療機関	診療所	病院	診療所	診療所
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	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	1日に()回 ()日に1回	
		食事	食欲	ある・普通・無い	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	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	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	ある・無い	
	体重		kg	kg	kg	kg	
	きずの状態	痛む	ある・無い	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	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	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	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	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6ヶ月から5年)

診察・検査	スケジュール		4年6ヶ月	4年9か月	5年	
	手術後					
	受診日(月/日)		/	/	/	
医療機関			病院	診療所	病院	
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	1日に()回	1日に()回	
			()日に1回	()日に1回	()日に1回	
	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	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(予備シート)

ス ケ ジ ユ ー ル 診 察 ・ 検 査	手術後		その他備考欄	
	受診日(月/日)			/
	医療機関			
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	
		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	
	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				

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 <div style="text-align: right;">について</div>	
質問／要望	 	
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25年(2013年) 7月16日 第1.11版