

診療情報提供書・大腸がん術後フォローアップ連携パス(経過報告)

医療機関情報
〒

先生 御侍史

和泉市立病総合医療センター

診療科 外科

担当医(記入医)

患者情報
当院ID _____
ふりがな _____
患者氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 歳

平素より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
 再発異常なし / 異常所見あり

・ 共同診療計画
 変更なし / 変更あり

※検査データ・処方薬一覧も添付

○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 (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 | 病院 | 連携医 | 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 (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 | | | | ○ | | | | |