

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
 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
 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				○				