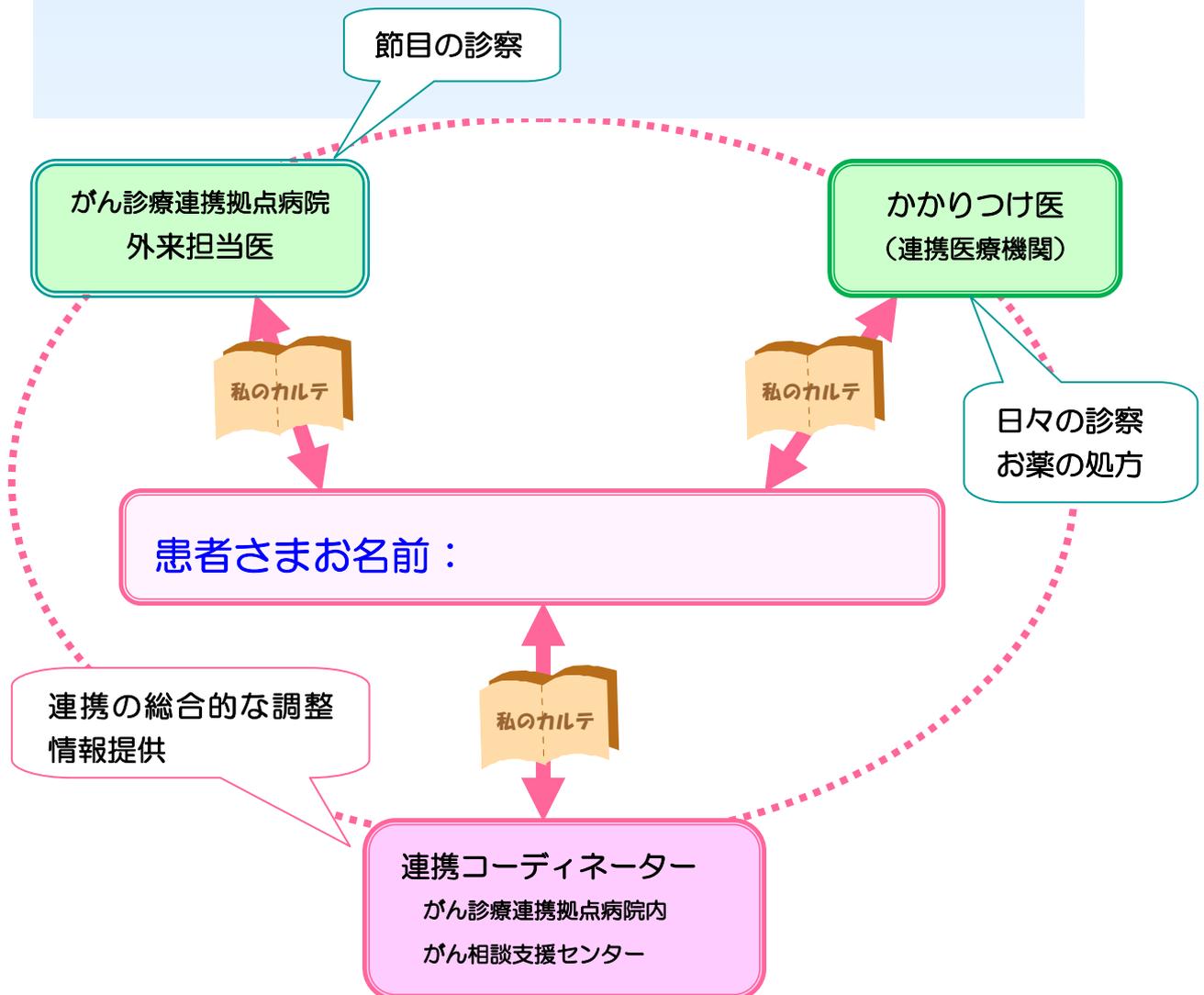


私のカルテ

SPR ver. 1.1 (2011)



「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、

ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 診療スケジュール表、共同診療計画書、チェックシート
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

【連携先医療機関（かかりつけ医）】

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】

病院名：

診療科と担当医師：

住 所：

電話番号：（病院代表）

：（夜間休日）

：（がん相談支援センター）

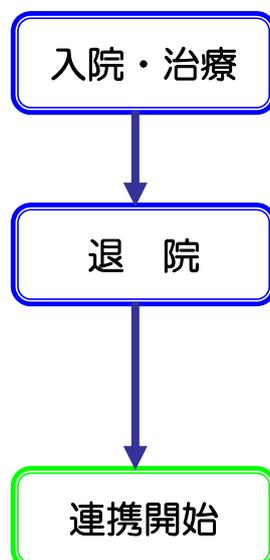
「地域連携クリティカルパスについて」

北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。
- 「連携パス」に基づいて主治医が複数になり、協力して診療を行います。

地域医療連携フローチャート



入院中に今後の医療連携についてご相談します

●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

わたしの診療情報

記載日 年 月 日

わたしの基本情報

名 前			
生年月日	明 大	手術時年齢	
	昭 平 年 月 日生		歳
連絡先 TEL			
住 所			
大腸癌以外で今までにかかった病気 や治療中の病気	(記入例：高血圧、平成17年～)		

手術に関する情報

手術日	年 月 日		
部位	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Rs <input type="checkbox"/> Ra <input type="checkbox"/> Rb <input type="checkbox"/> P		
術式	<input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 横行 <input type="checkbox"/> 下行 <input type="checkbox"/> 左半 <input type="checkbox"/> S状 <input type="checkbox"/> 高位前方 <input type="checkbox"/> 低位前方 <input type="checkbox"/> 超低位 <input type="checkbox"/> ハルトマン <input type="checkbox"/> マイルズ <input type="checkbox"/> 上記以外 ()		
Stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV	cur	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

大腸癌地域連携パス : 共同診療計画書

さま

		週数	開始日	適宜	術後3カ月	適宜	術後半年	適宜	9ヶ月	適宜	1年	適宜	1年3ヶ月	適宜	1年半	適宜	1年9ヶ月	適宜	2年	
		月日																		
治療目標	患者状態	治療による副作用	食欲不振がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			頻回の下痢がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			悪心・嘔吐がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			腹痛がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			37.5℃以下	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			検査データの異常がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		再発の有無	血便を認めない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			腹部に自発痛・圧痛がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			腹部に腫瘤を触知しない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			体表リンパ節腫脹がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			腫瘍マーカーの上昇がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			US/CT上、肝転移がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			US/CT上、肺転移がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			その他転移・再発がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
診療行為	診察	問診	食欲	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			腹痛	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			便秘・下痢	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			下血・血便 体重減少	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		視触診	腹部	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			直腸指診 (直腸癌)	○		○				○				○				○		
	検査		血算・生化	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			腫瘍マーカー	○		○		○		○		○		○		○		○		○
			腹部US					○				○				○				○
胸腹部CT					○				○				○					○		
		大腸内視鏡							○										△	
投薬		消化剤・整腸剤																		
		肝庇護剤																		
説明		検査結果																		
		問題点に対する対処																		
理解		定期検査の必要性を理解している																		
到達目標		定期的に受診している	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
バリエーション																				

- はがん拠点病院への通院予定日です.
- は手術病院でもかかりつけ医でもよい日です.
- はかかりつけ医への通院日です.

大腸癌地域連携パス : 共同診療計画書

さま

		退院後週数 月日	適宜	2年3ヶ月	適宜	2年半	適宜	2年9ヶ月	適宜	3年	適宜	3年半	適宜	4年	適宜	4年半	適宜	5年
治療目標																		
患者状態	治療による副作用	食欲不振がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		頻回の下痢がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		悪心・嘔吐がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		腹痛がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		37.5℃以下	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		検査データの異常がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	再発の有無	血便を認めない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		腹部に自発痛・圧痛がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		腹部に腫瘤を触知しない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		体表リンパ節腫脹がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		腫瘍マーカーの上昇がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		US/CT上、肝転移がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		US/CT上、肺転移がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		その他転移・再発がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
診療行為	診察	問診	食欲	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			腹痛	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			便秘・下痢	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
			下血・血便	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
			体重減少	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	視触診	腹部	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		直腸指診 (直腸癌)		○				○				○		○		○		
	検査	血算・生化	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		腫瘍マーカー		○		○		○		○		○		○		○		
		腹部US				○				○				○		○		
		胸腹部CT		○				○				○			○			
		大腸内視鏡								○				△		○		
	投薬	消化剤・整腸剤																
肝庇護剤																		
説明	検査結果																	
	問題点に対する対処																	
理解	定期検査の必要性を理解している																	
到達目標	定期的に受診している	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
バリエーション																		

- はがん拠点病院への通院予定日です.
- は手術病院でもかかりつけ医でもよい日です.
- はかかりつけ医への通院日です.

受診欄

パス開始日(退院後初診)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後3カ月(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後6カ月(腹部超音波検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日 (次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後9カ月(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後1年(腹部超音波検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄

大腸内視鏡検査(同日無理なら予約)

検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

診察医の記入欄

検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後1年3カ月(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後1年半(腹部超音波検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後1年9カ月(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後2年(腹部超音波検査)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄	大腸内視鏡検査(希望者)
検査値の特記事項	
CEA値	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 画像所見
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他連絡事項	
診察医 サイン	

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄	
検査値の特記事項	
CEA値	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 画像所見
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他連絡事項	
診察医 サイン	

受診欄

術後2年3カ月(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後2年半(腹部超音波検査)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後2年9カ月(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後3年(腹部超音波検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄

大腸内視鏡検査(同日無理なら予約)

検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

診察医の記入欄

検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後3年半(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後4年(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄	大腸内視鏡検査(希望者)
検査値の特記事項	
CEA値	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 画像所見
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他連絡事項	
診察医 サイン	

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄	
検査値の特記事項	
CEA値	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他 画像所見
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他連絡事項	
診察医 サイン	

受診欄

術後4年半(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

患者さんのセルフチェック欄		年 月 日受診	
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない		
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ		
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い		
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある		
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上		
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
その他の症状を書いて下さい			

診察医の記入欄			
検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			

受診欄

術後5年(胸腹部CT検査)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

診察医の記入欄

大腸内視鏡検査(同日無理なら予約)

検査値の特記事項			
CEA値			
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
その他連絡事項			
診察医 サイン			