

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）

@SYSDATE

（大阪医科大学附属病院⇒連携医療機関）

<b>医療機関情報</b> ○○○病院 先生 御侍史	@hospital_name 外科
	担当医（記入医） @USERNAME
	連名医（指導医等）
<b>患者情報</b> 当院 ID @PATIENTID ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA 患者氏名 @PATIENTNAME	
性別 \$性別 生年月日 @PATIENTBIRTHN	

平素より大変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。

<b>症状経過など</b> <input type="checkbox"/> 再発転移無し <input type="checkbox"/> 異常所見有り
--

【治療計画】 CT 検査（胸部・腹部・骨盤など）および大腸内視鏡検査が貴院で実施可能な場合は、検査をお願い致します。

○：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

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
(術後)			6 カ月		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				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医 or 病院	病院	連携医 or 病院	病院
(術後)			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				○				

<b>医療機関情報</b> 〒 569-8686 大阪府高槻市大学町 2 番 7 号 @hospital_name 一般・消化器外科 担当医 先生 御侍史
---

<b>患者情報</b> 当院 ID @PATIENTID ふりがな @PATIENTNAMEHIRAGANA 患者氏名 @PATIENTNAME		性別 \$性別 生年月日 @PATIENTBIRTHN
---	--	--------------------------------

平素より大変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。

<b>症状経過など</b> <input type="checkbox"/> 異常所見無し <input type="checkbox"/> 異常所見有り
---

【治療計画】

○：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

		連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
(術後)			6 カ月		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				○				

		連携医	病院	連携医	病院	連携医 or 病院	病院	連携医 or 病院	病院
(術後)			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				○				