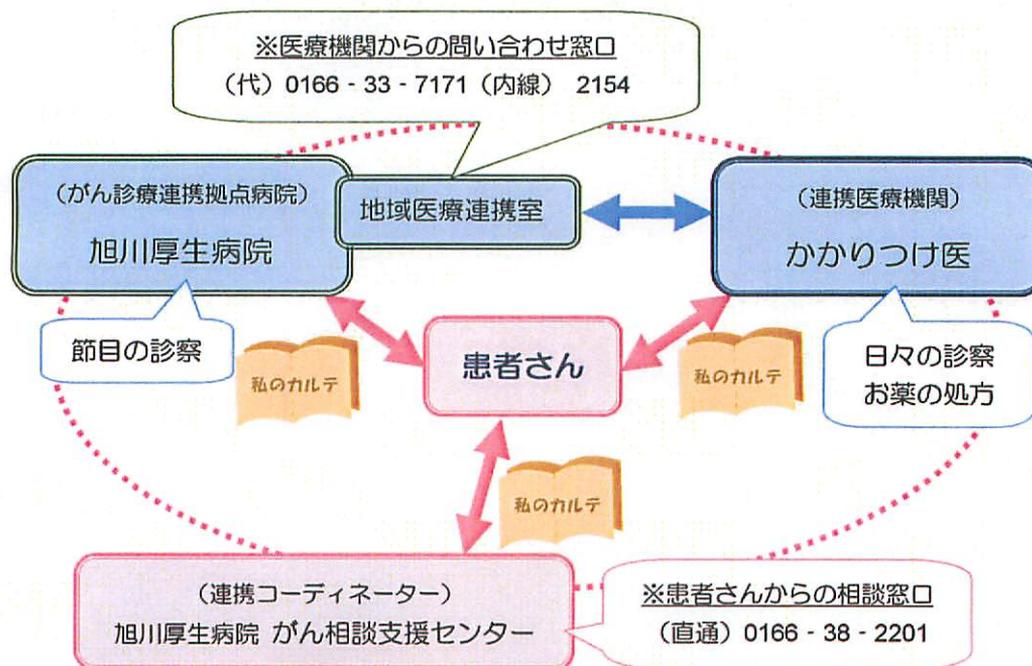


(大腸)

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

私のカルテ

大腸



ID・氏名 (シール貼付)

「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、患者さん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. 患者さま用 共同診療計画表
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。

(私のカルテー共通)

【かかりつけ医】

(シール貼付)

担当医師

先生

【がん診療連携拠点病院】

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

〒078-8211 旭川市一条通 24 丁目 111 番地

(代表) 0166 - 33 - 7171 (※夜間休日は、救急外来の対応)

□地域医療連携室：(内線) 2154

□がん相談支援センター：(直通) 0166 - 38 - 2201

担当医師

科

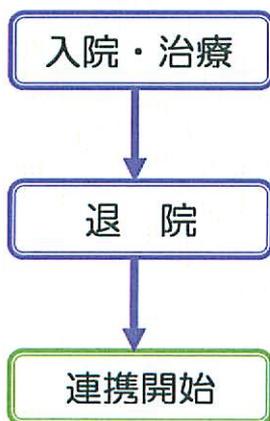
「地域連携クリティカルパスについて」

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



●**がん診療連携拠点病院の主治医：旭川厚生病院**

医療連携について説明

- ・退院前に連携医療機関について説明、相談させていただきます。
- ・当院退院後の外来を予約します。

●**医療連携コーディネーター：がん相談支援センター**

患者さんの状況を考慮したコーディネーターを開始

- ・連携可能な医療機関を患者さんにご紹介します。

●**医療連携マネージャー：地域医療連携室**

連携医療機関との調整窓口

- ・今後の共同診療の方法について、決定した連携医療機関との間で具体的な調整を行います。

(私のカルテー大腸)

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"/> RbP		
術式	<input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右半 <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"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV	cur	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日

診療スケジュール

は手術病院への通院予定日です。
 はかかりつけ医通院日です。

受診時期	2年	次回まで適宜	2年3カ月	次回まで適宜	2年半	次回まで適宜	2年9カ月	次回まで適宜	3年	次回まで適宜	3年半	次回まで適宜	4年	次回まで適宜	4年半	次回まで適宜	5年
手術した病院への受診	○		○		○		○		○		○		○		○		○
かかりつけ医への受診		○		○		○		○		○		○		○		○	
診察・問診 チェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血検査 (腫瘍マーカー含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸腹部CT検査			○				○				△		○		△		○
腹部超音波検査	△				△				△								
大腸内視鏡検査							○						△				△

受診欄

パス開始日(退院後初診)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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(必要であれば腹部超音波検査)

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

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	大腸内視鏡検査(同日無理なら予約を)
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(必要であれば腹部超音波検査)

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

術後1年3カ月(胸腹部CT検査)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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年半(必要であれば腹部超音波検査)

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

術後1年9カ月(胸腹部CT検査)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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(同日無理なら予約を)	
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(必要であれば腹部超音波検査)

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

術後2年3カ月(胸腹部CT検査)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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(必要であれば腹部超音波検査)

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

術後2年9カ月(胸腹部CT検査)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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℃以上の発熱はありますか	<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(同日無理なら予約を)	
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(必要であれば腹部超音波検査)

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

術後3年半(胸腹部CT検査)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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

術後4年半(胸腹部CT検査)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)

年 月 日受診

患者さんのセルフチェック欄	
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	

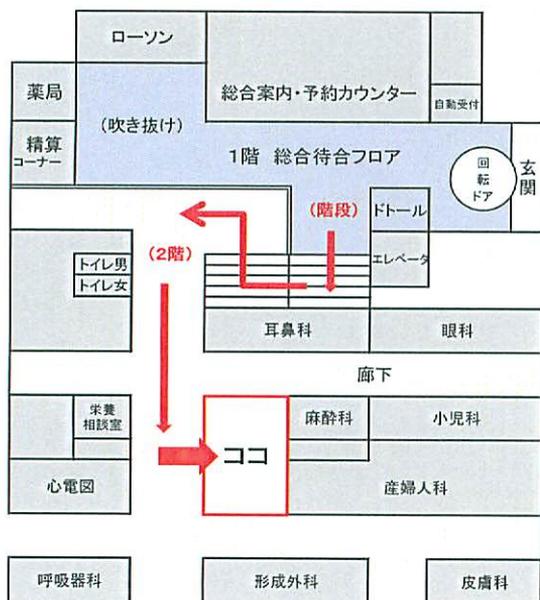
診察医の記入欄	
検査値の特記事項	
CEA値	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他 画像所見
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他連絡事項	
診察医 サイン	

(私のカルテ一部署の案内)

あらゆる相談の窓口です

総合相談センター・がん相談支援センター

病気や怪我に関する不安や悩み、治療、検査、医療費、介護保険や身体障害者手帳、傷病手当などの社会福祉制度、家庭介護・看護、退院後の療養に関すること、転院や施設入所に関すること、訪問診療・訪問看護等の在宅医療に関すること、セカンドオピニオン、緩和ケア、患者会、患者・家族サロンに関することなど、さまざまなお相談に対応いたします。(相談は無料です)



どうぞお気軽に
ご相談ください。



【場所】 旭川厚生病院2階

【対応時間】 平日 8:30~17:00

【がん相談直通電話】 0166-38-2201

【相談員】 がん相談員、保健師、看護師

医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)

連携医療機関からの問い合わせ窓口

地域医療連携室

がん診療連携クリティカルパス運用に関すること、患者さんの受診や予約に関すること、医師等への連絡調整などは、地域医療連携室が対応いたします。 ☎ (代表) 0166-33-7171 (内線) 2154

平日 8:30~17:00 (夜間休日は、救急外来対応となります。)