



■ 専門医師にお願いしたいこと

1. パス適応患者を選定してください

- ① 治療病院とかかりつけ医の両方で経過観察していく旨を了承した患者さん。
 ※その旨をカルテにも記載しておくことが望ましい。
 ※退院時又は退院後30日以内に手帳を発行した場合、がん治療連携計画策定料1（計画策定病院）750点の算定が可能です。
 ※がん治療連携計画策定料1を算定した場合は、担当部署において、背表紙の算定欄「有」に○を、算定しなかった場合は「無」に○をつけてください。

2. 手帳に必要記載事項を記載

- ① P3の治療病院欄の記載（スタンプ可）をお願いします。
- ② 手帳のP5、6の手術などの記載をお願いします。

患者さんは、38ページ「この手帳の使い方について」を参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。
— 既往歴および現在治療中の病歴

お名前 _____

生年月日 昭・平 _____年 ____月 ____日
明・大

治療病院

TEL _____

ID _____

担当医 _____

手術日 _____年 ____月 ____日
 _____年 ____月 ____日

医師名 _____

TEL _____

かかりつけ医 (2)

医師名 _____

TEL _____

かかりつけ薬局 _____

TEL _____

参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。
— 既往歴および現在治療中の病歴

アレルギー(薬、食べ物等) _____

内服薬(お薬手帳がある時は記入不要)

手術

切除部位	術式	手術日
<input type="checkbox"/> 腸癌	<input type="checkbox"/> 盲腸部 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 横行 <input type="checkbox"/> S状	昭____年 ____月 ____日
<input type="checkbox"/> 直腸 S状部	<input type="checkbox"/> 左半 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後部前方 <input type="checkbox"/> 化学療法(フルオロピリドミン)	昭____年 ____月 ____日
<input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> 肛門切除 <input type="checkbox"/> その他()	

ステージ 0 I II III IV a b M

術前CEA値 _____ng/ml (正常値 _____ng/ml以下)

<あなたの今後の治療方針は>

ステージ 0 → □大腸がんの定常観察は必要ありません。検診を受けて下さい。

ステージ I 早期 → □大腸がんの定常観察は必要ありません。検診を受けて下さい。

ステージ II 進行 → □大腸がんの術後の定常観察を受けて下さい。

ステージ III → □大腸がんの術後の定常観察を受けて下さい。

ステージ IV → □術後化学療法と定常観察をすすめます。

ステージ M → □術後化学療法と定常観察をすすめます。

定常観察については、別表の予定で検査を行います。
 再発予防を目的とした抗がん剤治療については、患者さんごとの異なります。
 主治医の先生と相談してください。

その他特記事項 (選択時)

腫瘍抗原の検査: あり なし
 クレアチニン値 _____mg/dl
(化学療法が必要な場合は記入して下さい)

