

内服あり

私のカルテ (大腸がん)



お名前

生年月日 (西暦) 年 月 日

私のカルテとは

- 「私のカルテ」の使い方
 - ・ 「私のカルテ」はあなたのことを地域の医療者にお伝えするために使うものです。病院やかかりつけ医を受診する際には、必ず持参しましょう。
 - ・ 受診後には説明内容や結果を診療日記に書いておきましょう。
 - ・ 日常生活の様子についても記録しておきましょう。
 - ・ かかりつけ薬局を利用する際には、お薬手帳と一緒に提出しましょう。

- 「私のカルテ」には、以下の内容が綴られています。
 - ① わたしの診療情報
 - ② 手術に関する情報
 - ③ がん地域連携パスとは
 - ④ がん地域連携における医師の役割分担
 - ⑤ わたしの担当者
 - ⑥ 緊急時の対処方法は
 - ⑦ 治療スケジュール
 - ⑧ 大腸がんの手術を受けた後
 - ⑨ 抗がん剤治療について
 - ⑩ 手足症候群の治療
 - ⑪ 相談支援センターにご相談ください
 - ⑫ 患者同士の支え合いの場を利用しましょう
 - ⑬ 患者さんのセルフチェック欄
 - ⑭ 服用チェックカレンダー



わたしの診療情報

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日	血液型	型
住所	〒 -		
電話番号	() -		
病名			
これまでの病気の経過			
アレルギー			
病気の説明をしてほしい人			
病気の説明をしてほしくない人			

手術に関する情報

手術日	(西暦)	年	月	日
手術時年齢	歳			
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"/> R s <input type="checkbox"/> R a <input type="checkbox"/> R b <input type="checkbox"/> R b 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	



がん地域連携パスとは

がん地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と病院の専門医とが、あなたの診療経過を共有できる診療計画書のことです。これを活用することにより、かかりつけ医と病院の専門医とが役割分担をして、同じ診療方針のもと手厚い診療を受けることができますようになります。

がん地域連携パスは患者さまの診療方針や在宅での療養生活を十分に考慮した上で利用した方が良いと判断された患者さまにだけお勧めします。もちろん、あなたが利用を中止したい場合にはいつでも対応可能です。

あなたも連携パスを活用して、かかりつけ医と病院の専門医の2人の主治医に診てもらいましょう。



がん地域連携における 医師の役割分担

● かかりつけ医の役割

かかりつけ医は、がん治療が円滑に続けられるように、日頃の診療や療養指導を担当します。主な役割は以下の通りです。

- ・ 定期的な診察、血液検査など
- ・ 定期的なお薬の処方
- ・ 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
- ・ 併存する病気の治療



● 病院の専門医の役割

病院の専門医は、手術や放射線治療、化学療法、入院治療、定期的な精密検査などを担当します。主な役割は以下の通りです。

- ・ がんの手術、放射線治療、化学療法
- ・ 血液検査、超音波検査、CT検査、内視鏡検査など
- ・ がんに関する専門職の各種指導



わたしの担当者

① 手術をした病院

医療機関名			
住所			
電話番号		担当医	

② かかりつけの病院・診療所

医療機関名			
住所			
電話番号		担当医	

③ 処方薬局

薬局名			
住所			
電話番号			

④ ケアマネジャー

施設名			
電話番号		担当者名	

⑤ 訪問看護

施設名			
電話番号		担当者名	

緊急時の対処方法は

症状	対応方法
例) 吐き気が強く、食事が全く摂れない	6

【連絡】

No.	対応方法	連絡先
1	かかりつけ医に電話	TEL
2	訪問看護に電話	TEL
3	手術した病院に電話	TEL
4	夜間急病センターに電話	TEL

【受診】

No.	対応方法	連絡先
5	かかりつけ医に受診	TEL
6	手術した病院に受診	TEL
7	夜間急病センターに受診	TEL

治療スケジュール（1年目）

○・・・実施 △・・・必要時に実施

診療施設	手術した病院	手術した病院	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	かかりつけ医
経過	開始日	3週間後	6週間後	9週間後	12週間後	15週間後	18週間後
受診日	/	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○	○
	胸腹部CT				○		
	腹部超音波						
	大腸内視鏡						
抗がん剤処方	○	○	○	○	○	○	○

診療施設	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院 もしくは かかりつけ医
経過	21週間後	24週間後	次回まで適宜	9か月後	次回まで適宜	1年後
受診日	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○	○	○
	胸腹部CT				○	
	腹部超音波		○			○
	大腸内視鏡					○
抗がん剤処方	○					

治療スケジュール（2年目）

○…実施 △…必要時に実施

診療施設	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院 もしくは かかりつけ医
経過	次回まで適宜	1年3か月後	次回まで適宜	1年6か月後
受診日	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○
	胸腹部CT		○	
	腹部超音波			○
	大腸内視鏡			
抗がん剤処方				

診療施設	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院 もしくは かかりつけ医
経過	次回まで適宜	1年9か月後	次回まで適宜	2年後
受診日	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○
	胸腹部CT		○	
	腹部超音波			○
	大腸内視鏡			△
抗がん剤処方				

治療スケジュール（3年目）

○…実施 △…必要時に実施

診療施設	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院 もしくは かかりつけ医
経過	次回まで適宜	2年3か月後	次回まで適宜	2年6か月後
受診日	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○
	胸腹部CT		○	
	腹部超音波			○
	大腸内視鏡			
抗がん剤処方				

診療施設	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院 もしくは かかりつけ医
経過	次回まで適宜	2年9か月後	次回まで適宜	3年後
受診日	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○
	胸腹部CT		○	
	腹部超音波			○
	大腸内視鏡			○
抗がん剤処方				

治療スケジュール（4～5年目）

○…実施 △…必要時に実施

診療施設	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院
経過	次回まで適宜	3年6か月後	次回まで適宜	4年後
受診日	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○
	胸腹部CT		○	○
	腹部超音波			
	大腸内視鏡			△
抗がん剤処方				

診療施設	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院
経過	次回まで適宜	4年6か月	次回まで適宜	5年後
受診日	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○
	腫瘍マーカー	○	○	○
	胸腹部CT		○	○
	腹部超音波			
	大腸内視鏡			○
抗がん剤処方				

大腸がんの手術を受けた後…

① 後遺症や社会復帰など

手術してある程度の間は便秘ぎみになったり下痢ぎみになったりしますが、多くの患者さんは自然に落ち着きます。症状が長く続く患者さんでも整腸剤などの処方改善できることがほとんどです。お仕事についてはデスクワークならば退院後間もなく可能と思われます。開腹手術の患者さんは1カ月程度は力仕事をひかえて頂いています。

② 今後のフォローアップ体制

手術直後からの抗癌剤治療を行わない方針ですが、再発や転移のチェックを定期的に行っていきます。その為の検査スケジュールと内容・結果を患者さんとともに病院の専門医・かかりつけ医が情報共有するための道具がこの手帳です。

もし検査で再発や転移が見つかった場合には病院の専門医と治療方針について相談していただくことになります。

5年間を経過して再発や転移が起きなかった場合には「治癒」とみなします。



抗がん剤治療について

近年、がん治療技術が発展しており、「患者さんのライフスタイルに合わせた治療の選択」が考えられるようになってきました。

そのため、入院治療から外来、在宅での治療が可能となる一方、セフルケアによる副作用の管理が必要となってきています。

副作用の予防と副作用ケア、今後の治療の選択の意思決定支援などを行い、「治療による苦痛がなく、その人らしい日常生活を送ることを支える」ことが私たちの役目です。

今回のお薬で出やすい症状は

- 吐き気 下痢 便秘 口内炎 感染 皮膚症状
その他（ ）です。

分からないことがあればいつでも声をかけてください。



手足症候群の治療

- ・予防で保湿剤の使用を行います ……ヒルドイドソフト



- ・症状出現時、ステロイドの軟膏を塗布します。
- ・軟膏は症状の悪化がみられるようであれば、下記のように変更します。

① 第1段階 …… (Very Strong)

- 例) アンテベート軟膏 マイザー軟膏



② 第2段階 …… (Strongest)

- 例) デルモベート軟膏



- ・症状の出ている部位にステロイドの軟膏を塗布し、その上から保湿剤を塗布してください。

相談支援センターにご相談ください

「がん相談支援センター」は、全国各地のがん診療連携拠点病院にあり、がんのことや治療法、地域の医療施設、療養を支える仕組み等、がんに関するさまざまな情報を提供したり、質問や相談にお答えしています。

専門の相談員が患者さんや家族の方のお話にじっくり耳を傾け、一人一人に合った解決方法をともに探します。がんに関する相談ならなんでも構いません。また、かかりつけの病院かどうかも問いません。その病院にかかっていなくても誰でも無料で利用できます。

市立函館病院 がん相談支援センター

電話 0138-43-2000

相談時間 月曜日～金曜日（※祝日除く） 8：45～15：00

函館五稜郭病院 医療総合サービスセンター がん相談支援室

電話 0138-51-2295

相談時間 月曜日～金曜日（※祝日除く） 9：00～17：00
土曜日 9：00～12：30

国立病院機構 函館病院 がん相談支援センター

電話 0138-51-0229

相談時間 月曜日～金曜日（※祝日除く） 8：30～17：15

患者同士の支え合いの場を利用しましょう

同じ経験を持つ患者同士が語り合うことで、気持ちがずいぶん楽になったり、療養生活を快適に送る知恵を得られることがあります。かかりつけ医や病院の専門医の話とともに、うまく取り入れることをお勧めします。患者同士が会える場、支え合いの場としては、患者会、患者サロン、ピアサポートなどがあります。詳しくは、がん相談支援センターにお問い合わせください。

1. 患者会

患者会とは、同じ病気や障害、症状など、何らかの共通する患者体験を持つ人たちが集まり、自主的に運営する会のことです。

2. 患者サロン

患者サロンとは、患者やその家族など、同じ立場の人が、がんのことを気軽に本音で語り合う交流の場のことで、最近、患者会の少ない地域でも広まっています。

3. ピアサポート

がんにおけるピアサポートとは、患者や家族の悩みや不安に対して、がん経験者が自分の経験を生かしながら相談や支援を行うといった形での取り組みです。このような活動が始まったのは、ここ数年のことで、医療機関内で実施されています。

memo



受診欄

パス開始日（1クール目開始日）

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重 _____ k g

吐き気はありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> あるけど食べれる	<input type="radio"/> 吐き気があり、いつもの半分以下しか食べられない	<input type="radio"/> 水分のみは摂取できる <input type="radio"/> 水分も摂取できない
吐いていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 吐かない	<input type="radio"/> 1日2回以下吐くことがある	<input type="radio"/> 1日3回以上吐くが水分補給は出来る	<input type="radio"/> 吐いており、水分補給を行う事が出来ない
下痢をしていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度又は、1日4回以下の下痢	<input type="radio"/> 中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある	<input type="radio"/> 出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難
便秘をしていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 順調	<input type="radio"/> 時々下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 毎日下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 肛門や排便をして排便している <input type="radio"/> 腸閉塞（腹痛・嘔吐）
手足のしびれはありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> しびれはあるけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> しびれがあり日常生活に支障がある	<input type="radio"/> しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない
疲れやすいですか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> だるいけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> だるくて、1日の半分程度は構になっている	<input type="radio"/> だるくて、1日中寝ており日常生活を1人で行う事が出来ない
口内炎はできましたか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 一部分の痛みや発赤	<input type="radio"/> 口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる	<input type="radio"/> 水分や流動食しか食べることが出来ない <input type="radio"/> 食事や水分を摂取出来ない
手足の皮膚の症状	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない		<input type="radio"/> 軽度の発赤や疼痛があるが日常生活に支障はない	<input type="radio"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある
37.5度以上熱がでましたか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある（最高度）現在は <input type="checkbox"/> 発熱は続いている <input type="checkbox"/> 熱は出なくなった	<input type="checkbox"/> スteroid軟膏の塗布を、開始してください <input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください	<input type="checkbox"/> 各医療連携施設から、手術した病院へ受診してください

診察医の記入欄

検査値	CEA	CA19-9	血液・生化	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		副作用評価	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今回の方針	<input type="checkbox"/> 抗がん剤継続 <input type="checkbox"/> 抗がん剤中止 <input type="checkbox"/> 精密検査へ			
診察医サイン		薬剤師サイン		看護師サイン

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___個 ・昼食間 ___個 ・夕食間 ___個

今回の服用期間 ___月 ___日 ~ ___月 ___日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれて服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/							
日	月	火	水	木	金	土							
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

受診欄

かかりつけ医診察日 (2クール目開始日)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重 _____ kg

吐き気はありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> あるけど食べれる	<input type="radio"/> 吐き気があり、いつもの半分以下しか食べられない	<input type="radio"/> 水分のみは摂取できる <input type="radio"/> 水分も摂取できない
吐いていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 吐かない	<input type="radio"/> 1日2回以下吐くことがある	<input type="radio"/> 1日3回以上吐くが水分補給は出来る	<input type="radio"/> 吐いており、水分補給を行う事が出来ない
下痢をしていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度又は、1日4回以下の下痢	<input type="radio"/> 中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある	<input type="radio"/> 出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難
便秘をしていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 順調	<input type="radio"/> 時々下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 毎日下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 浣腸や排便をして排便している <input type="radio"/> 腸閉塞 (腹痛・嘔吐)
手足のしびれはありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> しびれはあるけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> しびれがあり日常生活に支障がある	<input type="radio"/> しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない
疲れやすいですか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> だるいけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> だるくて、1日の半分程度は横になっている	<input type="radio"/> だるくて、1日中横でおり日常生活を1人で行う事が出来ない
口内炎はできましたか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 一部分の痛みや発赤	<input type="radio"/> 口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる	<input type="radio"/> 水分や流動食しか食べることが出来ない <input type="radio"/> 食事や水分を摂取出来ない
手足の皮膚の症状	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない		<input type="radio"/> 軽度の発赤や痒みがあるが日常生活に支障はない	<input type="radio"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある
37.5度以上熱がでましたか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある (最高度) 現在は <input type="checkbox"/> 発熱は続いている <input type="checkbox"/> 熱は出なくなった	<input type="checkbox"/> ステロイド軟膏の塗布を開始してください <input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください	<input type="checkbox"/> 各医療連携施設から、手術した病院へ受診してください

診察医の記入欄

検査値	CEA	CA19-9	血液・生化学
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	副作用評価	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今回の方針	<input type="checkbox"/> 抗がん剤継続 <input type="checkbox"/> 抗がん剤中止 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	その他画像所見	
診察医サイン	薬剤師サイン	看護師サイン	

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___個 ・昼食間 ___個 ・夕食間 ___個

今回の服用期間 ___月 ___日 ~ ___月 ___日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれて服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/							
日	月	火	水	木	金	土							
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

受診欄

かかりつけ医診察日 (3クール目開始日)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重 _____ kg

吐き気はありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> あるけど食べれる	<input type="radio"/> 吐き気があり、いつもの 半分以下しか食べられない	<input type="radio"/> 水分のみは摂取できる <input type="radio"/> 水分も摂取できない
吐いていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 吐かない	<input type="radio"/> 1日2回以下吐くことがある	<input type="radio"/> 1日3回以上吐くが水分補給は出来る	<input type="radio"/> 吐いており、水分補給を行う事が出来ない
下痢をしていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度又は、1日4回以下の下痢	<input type="radio"/> 中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある	<input type="radio"/> 出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難
便秘をしていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 順調	<input type="radio"/> 時々下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 毎日下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 浣腸や排便をして排便している <input type="radio"/> 腸閉塞 (腹痛・嘔吐)
手足のしびれはありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> しびれはあるけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> しびれがあり日常生活に支障がある	<input type="radio"/> しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない
疲れやすいですか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> だるいけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> だるくて、1日の半分程度は横になっている	<input type="radio"/> だるくて、1日中寝ており日常生活を1人で行う事が出来ない
口内炎はできまじか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 一部分の痛みや発赤	<input type="radio"/> 口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる	<input type="radio"/> 水分や流動食しか食べることが出来ない <input type="radio"/> 食事や水分を摂取出来ない
手足の皮膚の症状	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない		<input type="radio"/> 軽度の発赤や疼痛があるが日常生活に支障はない	<input type="radio"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある
37.5度以上熱がでましたか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある (最高度) 現在は <input type="checkbox"/> 発熱は続いている <input type="checkbox"/> 熱は出なくなった	<input type="checkbox"/> ステロイド軟膏の塗布を 開始してください <input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください	<input type="checkbox"/> 各医療連携施設から、手術した病院へ受診してください

診察医の記入欄

検査値の特記事項				
検査値	CEA	CA19-9	血液・生化	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		副作用評価	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今回の方針	<input type="checkbox"/> 抗がん剤継続 <input type="checkbox"/> 抗がん剤中止 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		その他画像所見	
その他連絡事項				
診察医サイン	薬剤師サイン		看護師サイン	

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___個 ・昼食間 ___個 ・夕食間 ___個

今回の服用期間 ___月 ___日 ~ ___月 ___日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれて服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/							
日	月	火	水	木	金	土							
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

受診欄

かかりつけ医診察日 (4クール目開始日)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重 k g

吐き気はありますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> あるけど食べれる	<input type="radio"/> 吐き気があり、いつもの半分以上しか食べられない	<input type="radio"/> 水分のみは摂取できる	<input type="radio"/> 水分も摂取できない
吐いていますか	<input type="radio"/> 吐かない	<input type="radio"/> 1日2回以下吐くことがある	<input type="radio"/> 1日3回以上吐くが水分補給は出来る	<input type="radio"/> 吐いており、水分補給行う事が出来ない	
下痢をしていますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度又は、1日4回以下の下痢	<input type="radio"/> 中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある	<input type="radio"/> 出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難	
便秘をしていますか	<input type="radio"/> 順調	<input type="radio"/> 時々下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 毎日下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 浣腸や排便をして排便している	<input type="radio"/> 腸閉塞 (腹痛・嘔吐)
手足のしびれはありますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> しびれはあるけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> しびれがあり日常生活に支障がある	<input type="radio"/> しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない	
疲れやすいですか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> だるいけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> だるくて、1日の半程度は横になっている	<input type="radio"/> だるくて、1日中寝ており日常生活を1人で行う事が出来ない	
口内炎はできましたか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 一部分の痛みや発赤	<input type="radio"/> 口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる	<input type="radio"/> 水分や流動食しか食べることが出来ない	<input type="radio"/> 食事や水分を摂取出来ない
手足の皮膚の症状	<input type="radio"/> ない		<input type="radio"/> 軽度の発赤や痒みがあるが日常生活に支障はない	<input type="radio"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある	
37.5度以上熱ができましたか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある (最高度) 現在は <input type="checkbox"/> 発熱は続いている <input type="checkbox"/> 熱は出なくなった	<input type="checkbox"/> スteroid軟膏の塗布を開始してください <input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください	<input type="checkbox"/> 各医療連携施設から、手術した病院へ受診してください	

診察医の記入欄

検査値	CEA	CA19-9	血液・生化学
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	副作用評価	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今回の方針	<input type="checkbox"/> 抗がん剤継続 <input type="checkbox"/> 抗がん剤中止 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
診察医サイン	薬剤師サイン	看護師サイン	

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___個 ・昼食間 ___個 ・夕食間 ___個

今回の服用期間 ___月 ___日 ~ ___月 ___日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれて服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/							
日	月	火	水	木	金	土							
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

受診欄

かかりつけ医診察日 (5クール目開始日)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重 k g

吐き気はありますか	○ない	○あるけど食べれる	○吐き気があり、いつもの半分以下しか食べられない	○水分のみは摂取できる	○水分も摂取できない
吐いていますか	○吐かない	○1日2回以下吐くことがある	○1日3回以上吐くが水分補給は出来る	○吐いており、水分補給を行う事が来ない	
下痢をしますか	○ない	○軽度又は、1日4回以下の下痢	○中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある	○出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難	
便秘をしますか	○順調	○時々下剤を内服して排便している	○毎日下剤を内服して排便している	○液便や排便をして排便している	○腸閉塞 (腹痛・嘔吐)
手足のしびれはありますか	○ない	○しびれはあるけど日常生活に支障はない	○しびれがあり日常生活に支障がある	○しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない	
疲れやすいですか	○ない	○だるいけど日常生活に支障はない	○だるくて、1日の半分程度は横になっている	○だるくて、1日中寝ており日常生活を1人で行う事が出来ない	
口内炎はできましたか	○ない	○一部分の痛みや発赤	○口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる	○水分や流動食しか食べることが出来ない	○食事や水分を摂取出来ない
手足の皮膚の症状	○ない		○軽度の発赤や疼痛があるが日常生活に支障はない	○発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある	
37.5度以上熱がでましたか	○ない	○ある (最高度) 現在は ○発熱は続いている ○熱は出なくなった	↑ ステロイド軟膏の塗布を開始してください ↑ 各医療連携施設にて、対応してください	↑ 各医療連携施設から、手術した病院へ受診してください	

診察医の記入欄

検査値	CEA	CA19-9	血液・生化		
転移・再発	○あり	○なし	副作用評価	○あり	○なし
今回の方針	○抗がん剤継続		○抗がん剤中止	○精密検査へ	
診察医サイン	薬剤師サイン		看護師サイン		

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___個 ・昼食間 ___個 ・夕食間 ___個

今回の服用期間 ___月 ___日 ~ ___月 ___日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれて服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/							
日	月	火	水	木	金	土							
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

受診欄

かかりつけ医診察日 (6クール目開始日)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重 _____ kg

吐き気はありますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> あるけど食べれる	<input type="radio"/> 吐き気があり、いつもの半分以上しか食べられない	<input type="radio"/> 水分のみは摂取できる	<input type="radio"/> 水分も摂取できない
吐いていますか	<input type="radio"/> 吐かない	<input type="radio"/> 1日2回以下吐くことがある	<input type="radio"/> 1日3回以上吐くが水分補給は出来る	<input type="radio"/> 吐いており、水分補給を行う事が来ない	
下痢をしていますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度又は、1日4回以下の下痢	<input type="radio"/> 中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある	<input type="radio"/> 出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難	
便秘をしていますか	<input type="radio"/> 順調	<input type="radio"/> 時々下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 毎日下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 浣腸や排便をして排便している	<input type="radio"/> 腸閉塞 (腹痛・嘔吐)
手足のしびれはありますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> しびれはあるけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> しびれがあり日常生活に支障がある	<input type="radio"/> しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない	
寝れやすいですか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> だるいけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> だるくて、1日の半分程度は横になっている	<input type="radio"/> だるくて、1日中寝ており日常生活を1人で行う事が出来ない	
口内炎はできましたか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 一部分の痛みや発赤	<input type="radio"/> 口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる	<input type="radio"/> 水分や流動食しか食べることが出来ない	<input type="radio"/> 食事や水分を摂取出来ない
手足の皮膚の症状	<input type="radio"/> ない		<input type="radio"/> 軽度の発赤や痒みがあるが日常生活に支障はない	<input type="radio"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある	
37.5度以上熱ができましたか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある (最高度) 現在は <input type="checkbox"/> 発熱は続いている <input type="checkbox"/> 熱は出なくなった	<input type="checkbox"/> ステロイド軟膏の塗布を開始してください <input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください	<input type="checkbox"/> 各医療連携施設から、手術した病院へ受診してください	

診察医の記入欄

検査値	CEA	CA19-9	血液・生化
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	副作用評価	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今回の方針	<input type="checkbox"/> 抗がん剤継続 <input type="checkbox"/> 抗がん剤中止 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
診察医サイン	薬剤師サイン	看護師サイン	

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___個 ・昼食間 ___個 ・夕食間 ___個

今回の服用期間 ___月 ___日 ~ ___月 ___日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれて服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/							
日	月	火	水	木	金	土							
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

受診欄

かかりつけ医診察日 (7クール目開始日)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重	_____ kg	
吐き気はありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> あるけど食べれる <input type="radio"/> 吐き気があり、いつもの半分以下しか食べられない
吐いていますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 吐かない	<input type="radio"/> 1日2回以下吐くことがある <input type="radio"/> 1日3回以上吐くが水分補給は出来る
下痢をしますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度又は、1日4回以下の下痢 <input type="radio"/> 中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある
便秘をしますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 順調	<input type="radio"/> 時々下剤を内服して排便している <input type="radio"/> 毎日下剤を内服して排便している
手足のしびれはありますか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> しびれはあるけど日常生活に支障はない <input type="radio"/> しびれがあり日常生活に支障がある
疲れやすいですか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> だるいけど日常生活に支障はない <input type="radio"/> だるくて、1日の半分程度は横になっている
口内炎はできましたか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 一部分の痛みや発赤 <input type="radio"/> 口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる
手足の皮膚の症状	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度の発赤や痒みがあるが日常生活に支障はない <input type="radio"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある
37.5度以上熱がでましたか	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある (最高度) 現在は <input type="checkbox"/> 発熱は続いている <input type="checkbox"/> 熱は出なくなった
		<input type="checkbox"/> スteroid軟膏の塗布を開始してください <input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください
		<input type="checkbox"/> 水分のみは摂取できる <input type="checkbox"/> 水分も摂取できない <input type="checkbox"/> 吐いており、水分補給行う事が出来ない <input type="checkbox"/> 出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 沉痾や排便をしていない <input type="checkbox"/> 腸閉塞 (腹痛・嘔吐) <input type="checkbox"/> しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない <input type="checkbox"/> だるくて、1日中寝ており日常生活を1人で行う事が出来ない <input type="checkbox"/> 水分や流動食しか食べることが出来ない <input type="checkbox"/> 食事や水分を摂取出来ない <input type="checkbox"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 各医療連携施設から、手術した病院へ受診してください

診察医の記入欄

検査値	CEA	CA19-9	血液・生化
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		副作用評価 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今回の方針	<input type="checkbox"/> 抗がん剤継続 <input type="checkbox"/> 抗がん剤中止 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
診察医サイン	薬剤師サイン		看護師サイン

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___個 ・昼食間 ___個 ・夕食間 ___個

今回の服用期間 ___月 ___日 ~ ___月 ___日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれて服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/								
日	月	火	水	木	金	土								
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/							
日	月	火	水	木	金	土							
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

受診欄

かかりつけ医診察日 (8クール目開始日)

患者さんのセルフチェック欄

年 月 日受診

体重 k g

吐き気はありますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> あるけど食べれる	<input type="radio"/> 吐き気があり、いつもの半分以下しか食べられない	<input type="radio"/> 水分のみは摂取できる	<input type="radio"/> 水分も摂取できない
吐いてますか	<input type="radio"/> 吐かない	<input type="radio"/> 1日2回以下吐くことがある	<input type="radio"/> 1日3回以上吐くが水分補給は出来る	<input type="radio"/> 吐いており、水分補給行う事が出来ない	
下痢をしますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 軽度又は、1日4回以下の下痢	<input type="radio"/> 中等度又は、1日6回以下の下痢で日常生活に支障がある	<input type="radio"/> 出血や脱水症状を伴い、自宅での生活が困難	
便秘をしますか	<input type="radio"/> 順調	<input type="radio"/> 時々下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 毎日下剤を内服して排便している	<input type="radio"/> 肛門や排便をして排便している	<input type="radio"/> 腸閉塞 (腹痛・嘔吐)
手足のしびれはありますか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> しびれはあるけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> しびれがあり日常生活に支障がある	<input type="radio"/> しびれがあるため日常生活を送ることが出来ない	
寝れやすいですか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> だるいけど日常生活に支障はない	<input type="radio"/> だるくて、1日の半分程度は横になっている	<input type="radio"/> だるくて、1日中寝ており日常生活を送ることが出来ない	
口内炎はできましたか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 一部分の痛みや発赤	<input type="radio"/> 口内炎はできたが、食事は通常の食事を摂取できる	<input type="radio"/> 水分や流動食しか食べることが出来ない	<input type="radio"/> 食事や水分を摂取出来ない
手足の皮膚の症状	<input type="radio"/> ない		<input type="radio"/> 軽度の発赤や疼痛があるが日常生活に支障はない	<input type="radio"/> 発赤や痛みがあり、日常生活に支障がある	
37.5度以上熱がでましたか	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある (最高度) 現在は <input type="checkbox"/> 発熱は続いている <input type="checkbox"/> 熱は出なくなつた	<input type="checkbox"/> ステロイド軟膏の塗布を開始してください	<input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください	
			<input type="checkbox"/> 各医療連携施設にて、対応してください	<input type="checkbox"/> 各医療連携施設から、手術した病棟へ受診してください	

診察医の記入欄

検査値	CEA	CA19-9	血液・生化
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		副作用評価 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
今回の方針	<input type="checkbox"/> 抗がん剤継続 <input type="checkbox"/> 抗がん剤中止 <input type="checkbox"/> 精密検査へ		
診察医サイン		薬剤師サイン	看護師サイン

服用チェックカレンダー

(ゼロダ ・ TS-1 ・ ユーエフティ ・ ユーゼル)

まずはじめに日付を記入してからお使いください。

お薬服用後に朝・昼・夕の部分に記入してお使い下さい。

服用し忘れても、絶対に2回分を一度に服用しないでください。

服用量 ・朝食間 ___ 個 ・昼食間 ___ 個 ・夕食間 ___ 個

今回の服用期間 ___ 月 ___ 日 ~ ___ 月 ___ 日 (通常 週間です)

日付を記入してください

○・・・服用した △・・・おくれで服用した ×・・・服用しなかった

/	/	/	/	/	/	/		
日	月	火	水	木	金	土		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/		
日	月	火	水	木	金	土		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/		
日	月	火	水	木	金	土		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/		
日	月	火	水	木	金	土		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/		
日	月	火	水	木	金	土		
朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕

/	/	/	/	/	/	/	
日	月	火	水	木	金	土	
朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕

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ください		

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		
その他の連絡事項			
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ください		

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		
その他の連絡事項			
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ください		

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		
その他の連絡事項			
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ください		

受診欄

術後1年3か月 (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ください		

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		
その他の連絡事項			
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		
その他の連絡事項			
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ください		

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ください		

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	
その他の連絡事項			
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	
その他の連絡事項			
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ください		

受診欄

術後1年9か月 (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ください		

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		
その他の連絡事項			
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		
その他の連絡事項			
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ください		

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ください		

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		
その他の連絡事項			
診察医 サイン			

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		
その他の連絡事項			
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ください		

受診欄

術後2年3か月 (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ください		

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		
その他の連絡事項			
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		
その他の連絡事項			
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ください		

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ください		

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		
その他の連絡事項			
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		
その他の連絡事項			
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ください		

受診欄

術後2年9か月 (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ください		

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		
その他の連絡事項			
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		
その他の連絡事項			
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ください		

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		
その他の連絡事項			
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ください		

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		
その他の連絡事項			
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ください		

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ください		

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		
その他の連絡事項			
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		
その他の連絡事項			
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ください		

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ください		

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		
その他の連絡事項			
診察医 サイン			

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		
その他の連絡事項			
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ください		

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		
その他の連絡事項			
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ください		

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		
その他の連絡事項			
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ください		

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ください		

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		
その他の連絡事項			
診察医 サイン			

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		
その他の連絡事項			
診察医 サイン			

memo



イラスト：WANPUG

函館市がん地域連携パス協議会
函館市医師会
平成 24 年●月発行