

【患者さん用】大腸癌術後連携パス自己チェックシート

患者ID:

患者名:

- * 自覚症状の項目に☑をつけてください。
- * 診察前あるいは月に一度、日を決めて自分の身体のチェックをしてください。
- * 体重は毎回記入しましょう。
- ※●:必須項目、△:必要時に行います。

【患者さん用】大腸癌術後連携パス自己チェックシート

* 自覚症状の項目に☑をつけてください。

* 診察前あるいは月に一度、日を決めて自分の身体のチェックをしてください。

* 体重は毎回記入しましょう。

術後月数		1ヶ月	2ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	8ヶ月	10ヶ月
受診の有無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
診察日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
医療機関名 (連携医 ・ 松江赤十字病院)		松江日赤	連携医	連携医	松江日赤	連携医	連携医
体重		kg	kg	kg	kg	kg	kg
診察内容	問診	●	●	●	●	●	●
	触診	●	●	●	●	●	●
	採血:検血、生化学	●	●	●	●	●	●
	腫瘍マーカー(CEA・CA19-9)	●	●	●	●	●	●
	胸部レントゲンあるいは胸部CT検査				●		
	腹部エコーあるいは腹部CT検査				●		
	下部内視鏡検査 注腸検査						
処方注射	一般薬	△	△	△	△	△	△
自己チェック項目							
自覚症状	食事が美味しく食べられない日が続いた	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	倦怠感が強い日が続いた	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	気分がすぐれない	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	眠れない日が続いた	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	腹部のはりや痛みはないか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	便通の異常はないか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他	気になる症状がある	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	(自由記載欄)						