

鳥取県大腸がん地域連携パス

		退院後2週間	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年
受診間隔	連携医療機関		2週間に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	3か月に1回	3～6か月に1回
	計画策定病院	○	○	○	○	○	6か月に1回	6か月に1回
臨床症状	食事量	○	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	検尿	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腫瘍マーカー	○	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	腹部超音波検査		3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回
	CT検査			○		○	6か月に1回	6か月に1回
	大腸内視鏡検査					○	1年に1回	2年に1回
処置	投薬							
	注射・点滴							
診療のポイント	便秘に注意して下さい。適宜、緩下剤投与して下さい。イレウスが疑われる場合には直ぐに紹介お願いします。 便秘に注意して下さい。適宜、緩下剤投与して下さい。イレウスが疑われる場合には直ぐに紹介お願いします。 便秘に注意して下さい。適宜、緩下剤投与して下さい。術後、慣れた頃です。食べ方の注意を再度お願いします。再発のチェックも重要です。 再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。 再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。 再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。 再発のチェックが一番重要です。イレウスの発生にも注意してください。							

連携医療機関： 計画策定病院：

本人・家族への説明： 年 月 日

説明者署名：

説明を受け、同意をした者： 本人・家族()

患者氏名： 同意者署名：