

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をお願いします。	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をお願いします。	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：