

胃がん治療に関する連携計画書 (医療者用)

計画策定病院(A): 兵庫県立がんセンター 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: 078-929-1151

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

連携医療機関(B): \_\_\_\_\_ 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

ステージ I ESD	術後 受診・検査は現在治療中の病気や体調により変化します。																					
	1-2週間	1-2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年6ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年	6年	7年	8年	9年	10年
がんセンター	/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/	
診察	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
採血	●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●	
CT							●				●		●		●		●					
エコー							△				△		△		△		△					
胃内視鏡			○		○		○		△		○		○		○		○					
かかりつけ医		/		/		/		/		/		/		/		/						
診察		●		●	△	●	△	●		●	△	●	△	●	△	●	△	●	●	●	●	●
採血		●		●		●		●		●		●		●		●		●	●	●	●	●
エコー							△				△		△		△		△	△	△	△	△	△
胃内視鏡			○		○		○		△		○		○		○		○	△	△	△	△	△

※●は必須、○はどちらかの施設で実施する。△はできれば行ってください。