

## 大腸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: 078-929-115

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

ステージ 0,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。							
	3-6ヶ月	1年	1年6ヶ月	2年	2年6ヶ月	3年	4年	5年
<b>がんセンター</b>								
診 察	●	●	●					
採 血		●	●	●	●	●	●	●
C T		●	●	●	●	●	●	●
エコー		□	□	□	□	□	□	□
大腸内視鏡	●							
<b>かかりつけ医</b>								
診 察		●	●	●	●	●	●	●
採 血		□	□	□	□	□	□	□
エコー								
大腸内視鏡		●		●		●		●

※●は必須、□は必要に応じて実施。