

子宮体がん治療に関する連携計画書(医療者用)

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

		がんセンター	がんセンター	がんセンター	かかりつけ医	がんセンター	かかりつけ医	がんセンター	かかりつけ医	がんセンター	かかりつけ医	がんセンター	かかりつけ医	がんセンター
退院後		1ヶ月	3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 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年
受診月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
臨床症状	全身症状・下腹痛・性器出血等	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	内診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
検査	膣断端細胞診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	造影CT(腹部)					●				●				●
	胸部XP/CT					●				●				●
	経膣超音波	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

		かかりつけ医	がんセンター	かかりつけ医	がんセンター	かかりつけ医	がんセンター
退院後		3年 3か月	3年 6か月	3年 9か月	4年	4年 6か月	5年
受診月日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
臨床症状	全身症状・下腹痛・性器出血等	●	●	●	●	●	●
	内診	●	●	●	●	●	●
検査	膣断端細胞診	●	●	●	●	●	●
	腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●
	造影CT(腹部)				●		●
	胸部XP/CT				●		●
	経膣超音波	●	●	●	●	●	●

再発のない限り、上記スケジュールを5年まで実施します  
 受診日はおおまかな目安です  
 定期受診日以外でも必要があれば診察します  
 胸部XPかCTかの判断は各施設の裁量で実施してください  
 腫瘍マーカーはCA125を必須としそれ以外は施設の裁量にて実施してください