診療記録手帳

Co-Ⅰ･Ⅱ･Ⅲ･Ⅳ

この手帳を拾われた方へ

この手帳は患者さんの診療経過を記録した大切な手帳です。もしこの手帳を拾っていただいた時には、大変お手数ですが、下記までご連絡をいただけると助かります。

社会医療法人財団　石心会
川崎幸病院
〒212-0014　神奈川県川崎市幸区大宮町31-27
TEL:044-544-4611　FAX:044-549-4858

社会医療法人財団　石心会
第二川崎幸クリニック
〒212-0021　神奈川県川崎市幸区都町39-1
TEL:044-511-1322　FAX:044-511-1780

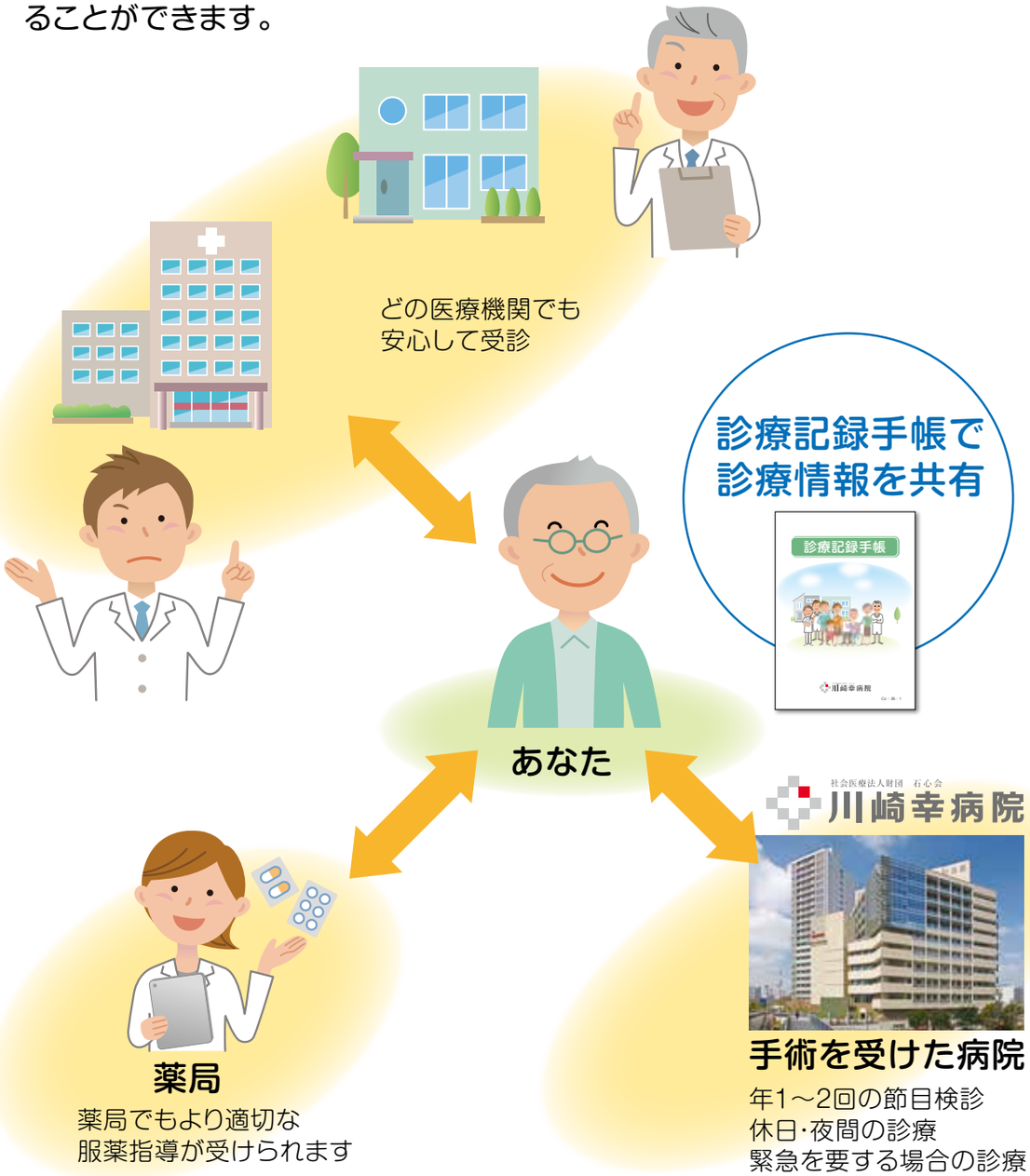
2023.05

社会医療法人財団　石心会
川崎幸病院

社会医療法人財団　石心会
第二川崎幸クリニック

いつでもどこでも
適切な診療を
スムーズに受けられます

診療記録手帳は、患者さんの診療経過や退院後の定期検査の結果などを記録するための手帳です。この手帳により、医師は患者さんの診療情報を把握でき、患者さんはどの医療機関を受診してもスムーズに診療を受けることができます。



診療記録手帳とは

この手帳は、大腸がん治療を受けられた患者さんの、退院後の健康管理と再発予防のための手帳です。

大腸がんの手術を受けられた患者さんは、通常手術後5年間、定期検査を受けていただく必要があります。

定期検査や診療の結果などをこの手帳に記録することでどの医療機関を受診しても、この手帳を提示すれば的確な診療をスムーズに受けることができます。

手帳の内容

① あなたの病状・治療内容などの診療情報 ……4～7ページ
② 術後の注意点についての説明……8～10ページ
③ 今後5年間の定期検査の予定表……18・19ページ
④ 診療内容の記録……20～25ページ

診療記録手帳の良い点

① この手帳には、あなたの診療情報が記録されていますので、どの医療機関を受診しても、この手帳を医師に提示することで、的確な診療をスムーズに受けることができます。
② 薬局にこの手帳とお薬手帳を提示することで、薬剤師からより適切な服薬指導を受けることができます。
③ 検査予定表（18～19ページ）をご覧いただくことで、「いつ」「どのような」検査や診察を受ければ良いかがわかります。
※ 検査予定表に記載のある検査は、ご自身のお身体のためにも必ずお受けください。検査はどの医療機関でも受けることができます。

川崎幸病院の役割

◆ 休日・夜間（24時間365日対応）などの診療を行います。
◆ 緊急を要する場合、すぐに必要な診療を行いますのでご連絡ください。
◆ 定期検査はどの医療機関でも受診することができますが、年に1～2回の検診（節目検診）は、手術を行った川崎幸病院の担当医への受診をおすすめしています。
※ 検査予定表をご参照ください。

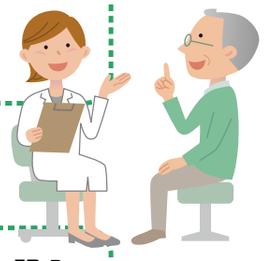
診療記録手帳の使いかた

この手帳を患者さんにお渡しする時に、川崎幸病院の担当医が下記の部分に記入します。

① 4ページ：川崎幸病院の欄のみ記入
② 6～16ページ：手術記録、化学療法などの診療情報

担当医から手帳を受け取りましたら、まず、下記の部分にご記入ください。

① 4ページ:あなたのお名前（※個人情報のためお名前のご記入は任意です）、生年月日、身長･体重などをご記入ください。
② 5ページ:以前または現在かかられている病気･アレルギー･内服薬など（お薬は“お薬手帳”などに使うシールを使ってもかまいません。また、お薬手帳がある方は記載不要です）
③ 8～10ページの「術後の注意点」をお読みください。
④ 18～19ページの「検査予定表」をご覧いただき、今後の定期検査の予定をご確認ください。



定期検査を受診

① 受診時に20ページ以降の「診療の記録」の“患者さん記入欄”に現在の症状などをご記入ください。
② 受診時にこの手帳を医師に提示し、3ページを参照に、検査結果･診察所見を記入していただいてください。

以後、医療機関受診の際には

この手帳を提示することで、医師はあなたの治療経過を知ることができ、適切な診療を行うことができます。
医療機関受診時にはこの手帳をお薬手帳とあわせてご持参ください。

医療機関の皆様へ

この手帳には、患者さんの診療情報を記録しています。診察時にはこの手帳をご参照いただき、また医師記入欄へのご記入をお願いいたします。

診療情報

① 4～16ページ	川崎幸病院での診療記録（手術、化学療法など）
②17～19ページ	診療予定表に定期検査項目を記載してあります。記載されている検査の実施をお願いいたします。
③20ページ以降	患者さんの診療経過の記録です。診察時にご参照ください。

下記項目のご記入をお願いいたします

①18～19ページ　検査予定表

実施した検査項目の担当医チェック欄にサインを記入してください。

検査項目＼術後経過	3カ月	6カ月
受診予定日	/	/
問診･診察	○	●
担当医チェック欄		

こちらにサインをご記入ください。

②20ページ以降　診療の記録

医師記入欄に下記のとおりご記入をお願いいたします。

医師記入欄　実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

□ 採血　□ CT　□ 内視鏡
□ その他検査（　　）

採血結果

□腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml
□異常なし　□異常あり →

臨床所見

□異常なし　□異常あり →

医師のコメント欄

①実施した検査項目を□にレ点でチェックしてください。

②採血結果をご記入ください。

③検査結果、所見などをこちらにご記入ください。

お名前 _____ ※お名前のご記入は任意です

生年月日 明・大 昭・平 年 月 日

身長 cm 体重 kg

川崎幸病院 神奈川県川崎市幸区大宮町31-27

電話番号 044-544-4611（代表）

患者さん ID

担当医

手術日 20 年 月 日

20 年 月 日

第二川崎幸クリニック 神奈川県川崎市幸区都町39-1

電話番号 044-511-1322（代表）

医師名

医療機関（1）

医師名

電話番号

医療機関（2）

医師名

電話番号

かかりつけ薬局

電話番号

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー（薬、食べ物など）

内服薬（お薬手帳をお持ちの方は記入不要）

手術記録

診断名 _____

手術日 20　　年　　月　　日

切除部位	□ 盲腸	□ 上行結腸	□ 横行結腸
	□ 下行結腸	□ S状結腸	□ 直腸S状部
	□ 上部直腸	□ 下部直腸	
術 式	□ 回盲部	□ 結腸右半	□ 横行結腸
	□ 結腸左半	□ S状結腸	□ 直腸前方切除
	□ ハルトマン	□ 局所切除	
	□ その他 (　　)		
腫瘍 マーカー値※	CEA		ng/ml
	CA19-9		U/ml

※ 腫瘍マーカー値とはタンパクの一種で、大腸などの消化器系の内臓ががん化すると増加します。そのため、大腸がん治療後の経過観察や、再発・転移を早期発見するために重要な数値です。

ステージの分類

	N0	N1a、N1b	N2a	N2b、N3
T1a、T1b	Ⅰ	Ⅲa	Ⅲa	Ⅲb
T2	Ⅰ	Ⅲa	Ⅲb	Ⅲb
T3	Ⅱa	Ⅲb	Ⅲb	Ⅲc
T4a	Ⅱb	Ⅲb	Ⅲc	Ⅲc
T4b	Ⅱc	Ⅲc	Ⅲc	Ⅲc

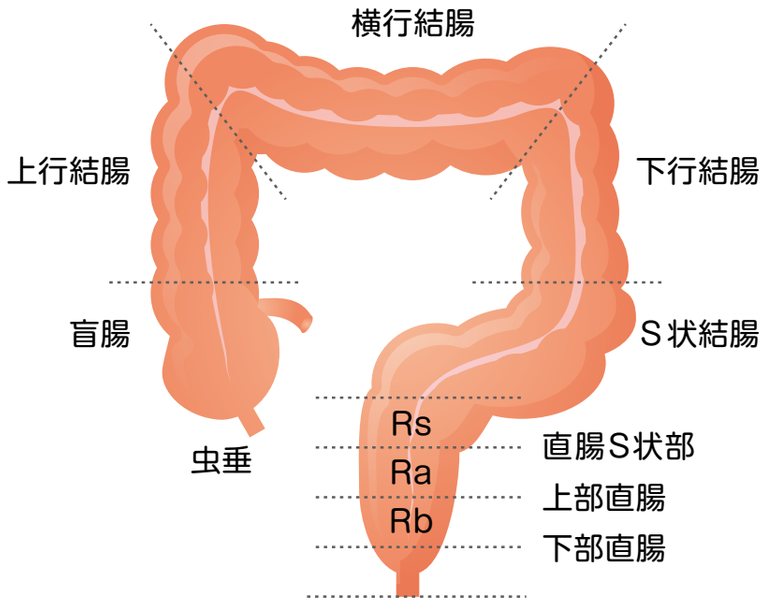
T、Nに関わらず

M1a	Ⅳa
M1b	Ⅳb
M1c	Ⅳc

ステージは

_____ です。

手術による切除部位



あなたの今後の治療方針は

- □ ステージ 0　⇒ 大腸がんの経過観察は終了です。検診を受けてください。
- □ ステージⅠ早期　⇒ 大腸がんの術後の定期観察を受けてください。
- □ ステージⅠ進行　⇒ 大腸がんの術後の定期観察を受けてください。
- □ ステージⅡa、Ⅱb ⇒ 大腸がんの術後の定期観察を受けてください。
- □ ステージⅡハイリスク　⇒ 術後補助化学療法（11 ページ）と定期観察をすすめます。
- □ ステージⅢa、Ⅲb、Ⅲc　⇒ 術後補助化学療法（11 ページ）と定期観察をすすめます。
- □ ステージⅣ　⇒ 化学療法（16 ページ）と定期観察をすすめます。

- 定期観察については、別表の予定で検査を行います。
- 化学療法については患者さんごとに異なります。担当医と相談してください。

術後の注意点について

1) 食事について

①ご飯は、よく噛んで食べることを心がけてください。また、麺類は蕎麦よりうどんのほうが消化に良いと言われておりますので、蕎麦はしばらくの間は控えたほうが良いでしょう。

②基本的に食事内容に制限はありませんが、偏った食事や暴飲･暴食･早食いは避け、野菜を中心としたバランスの取れた食事を、ゆっくり食べるように心掛けましょう。

③繊維の多い食品は、消化が悪く腸閉塞を起こしやすいので、手術直後は控えたほうが良いでしょう。 2～3ヵ月後からは食べていただいて構いません。

≪例≫ ごぼう、きのこ類、こんにゃく、海藻類、セロリ、
たけのこ、はす、つけもの、れんこんなど

2) 手術後に起こりやすい症状について

①食べ過ぎによる症状

「早食い･食べ過ぎ」などの状態では1回の食事量が多いため、消化･吸収が間に合わずに、腹痛･膨満感･吐き気などの症状が出ることがあります。 毎食ほぼ同程度の量をゆっくり食べましょう。 食べ過ぎに注意してください。

②排便の異常

大腸の手術をした部位により症状が異なりますが、「便秘」や便が一日に何回も少しずつ出る「頻便」や「下痢」が起こることがあります。

特に肛門近くの手術をされた方は「頻便」となる傾向があり、1日に10回以上になることもあります。また、2～3日おきに排便があるが、排便が始まると、何回もトイレに行ってしまうこともよくあることです。

手術の影響であり時間が掛かりますが、徐々に排便回数が減ってきます。

③下痢

大腸での水分の吸収力の低下が主な原因です。時間とともに落ち着いてきますが、1日に10回以上の下痢が続く場合は脱水になることがあり、早急に医師に相談してください。

④便秘

腸の蠕動運動が低下していることによる「便秘」は腸閉塞を引き起こす可能性があり好ましい状態ではありません。水分を多くとり、体を動かすことを心掛けてください。3～4日出ない場合は下剤を飲む必要があります。担当医に相談しましょう。

3) 内服薬について

薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。
下痢は、排便状況をみて調節してください。

4) 日常生活について

①運動について

体力回復や筋力低下の防止には適度な運動が必要です。 今からはじめる…というのは難しいと思いますので、散歩を日課に取り入れ、生活リズムを手術前の様に戻し規則正しい生活を送るようにしていきましょう。また、趣味で行っているスポーツは医師に確認し続けていきましょう。

②睡眠と休息について

睡眠は十分にとり、疲労を翌日に持ち越さないようにしましょう。 体に無理なことはかえってストレスになるため、休みながら行動するようにしましょう。

③入浴について

入浴しても大丈夫です。おなかのキズは平気?と心配されると思いますが、キズはしっかりついていますので水は入りません。また、キズが清潔に保たれている方が望ましいので、きれいに洗うようにしましょう。

④旅行について

退院後1ヶ月経過後であれば、無理がない程度なら良いでしょう。必ず医師に相談してください。

術後の注意点について

⑤退院後の仕事について

お仕事を再開する時期については個人差がありますので、医師に相談してください。手術後の日常生活での回復状況と仕事量を考慮して判断することが重要です。

⑥嗜好品（タバコ、お酒）について

タバコはおなかの血液の流れを悪くし、おなかの運動を抑えますので、手術後も禁煙を続けるようにしましょう。飲酒については、医師に相談してください。

⑦定期受診について

退院後は、自分の体の状態を知るためにも受診をしましょう。また、定期検査の結果から、無症状の状態で再発や他の異常を発見することもあります。万が一再発しても早期発見が重要です。決められた検査の予定は必ず行うように心がけてください。何か心配なことがありましたら、受診日に医師や看護師にお尋ねください。

5）腸閉塞について

腹部の手術後、腸と腹壁、腸同士の癒着が起こります。この癒着の部分を中心に腸が折れ曲がったり、ねじれたり、癒着部分でほかの腸を圧迫したりして腸がつまった状態を腸閉塞といいます。

症状として、おなかの張り（膨満感）、腹痛、吐き気・嘔吐などが起こります。おならも便も全く出ないことが最初の兆候です。

腹痛の特徴としては、時々差し込むような痛みと腹痛を感じないときが10分程度の間に周期的に何回もくるのが特徴です。特に痛みが強いときは、我慢せず担当医の先生に連絡を取り、指示を仰いでください。

症状が弱い場合には水分のみ摂取し、1、2食の絶食で改善することもありますが、症状が強い場合・持続する場合には医療機関を受診、指示に従ってください。

術後補助化学療法とは

大腸がんは、早期発見の場合、そのほとんどは手術によってがんを切り取ることができますが、なかには再発してしまうこともあります。これは、目に見えない大きさのがん細胞が、からだのどこかに残っているからだと考えられています。

そこで、再発の可能性を少なくするために抗がん剤を用いて残っているがん細胞を攻撃して、やっつける治療を行います。手術の補助的な役割を担うことから、これを「術後補助化学療法」といいます。

術後補助化学療法を行うと、手術後に何もしない場合と比べ、再発の可能性を10～15%減少させることがわかっています。

大腸がんの術後補助化学療法に用いるお薬は、目に見えないがん細胞を攻撃して死滅させ、その増殖を防ぐ働きがあります。しかし、がん細胞だけではなく正常な細胞にも影響を与えてしまうことがあるため、あなた自身によくない影響（副作用）があらわれることもあります。

一般に術後補助化学療法は3～6ヶ月間行います。

あなたの術後補助化学療法は

- ☐ UFT/LV
- ☐ XELOX（ゼロックス）
- ☐ ゼローダ
- ☐ SOX（ソックス）
- ☐ TS−1
- ☐ その他（　　）
- ☐ FOLFOX（フォルフォックス）

あなたの術後補助化学療法は

術後補助化学療法①

内容（お薬名・投与量（/m²）・回数）

期間：　20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日

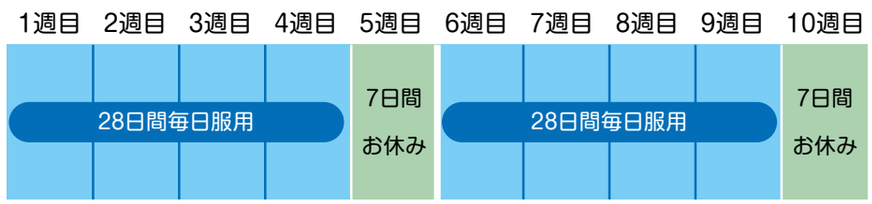
備考：

術後補助化学療法とは

UFT/LV

- 経口薬（口から飲むお薬です）
- 1日3回服用
  ※食事の前後1時間を避け、2種類のお薬を約8時間ごとに服用。

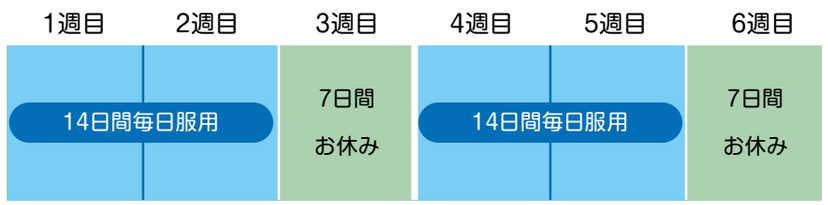
※28 日間（4週間）続けて服用し、その後7日間（1週間）お休み。
※6 ヶ月間服用を続けてください。



ゼローダ

- 経口薬（口から飲むお薬です）
- 1日 2 回服用　※食事後 30 分以内に服用。

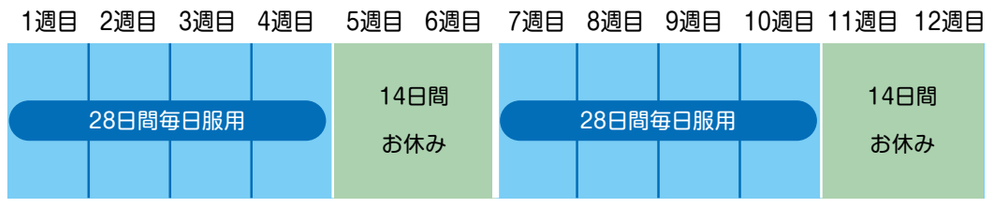
※14 日間（2 週間）続けて服用し、その後7日間（1週間）お休み。
※6 ヶ月間服用を続けてください。



TS-1

- 経口薬（口から飲むお薬です）
- 1日 2 回服用
  ※食事後 30 分以内に服用。

※28 日間（4週間）続けて服用し、その後 14 日間（2 週間）お休み。
※6 ヶ月間服用を続けてください。

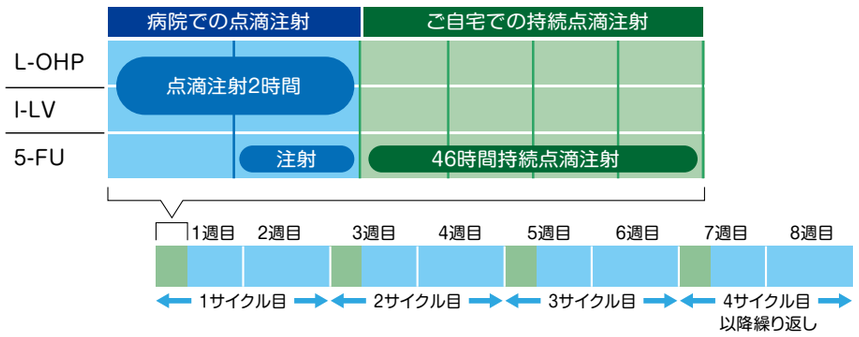


フォルフォックス FOLFOX

● 注射薬による抗がん剤治療です。

1日目に、まずオキサリプラチン（略称:L-OHP）とレボホリナートカルシウム（略称:l-LV）の点滴注射を2時間、病院で受けます。続けてフルオロウラシル（略称:5-FU）を短時間で注射、その後フルオロウラシルの持続点滴注射を帰宅後も合わせて46時間行います。2週間に1度通院して、この治療を繰り返し受けます。

この治療法では、46時間の点滴注射を行いますが、抗がん剤が入った携帯用ポンプを用いることにより、自宅で点滴を続けることができます。自宅で点滴注射を行うためには、カテーテル（血管につながる細長い管）とポート（カテーテルにつながる、注射針を刺す部分）を、胸部か腕に埋め込む必要があります。ポートの埋め込みには小さな手術が必要です。



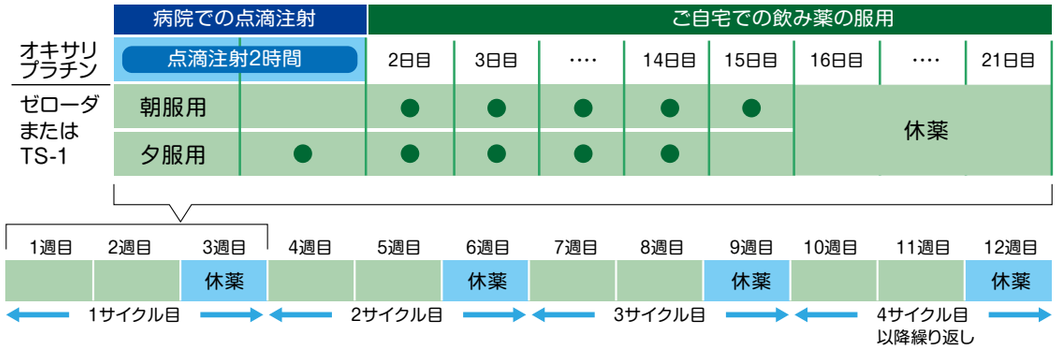
ゼロックス XELOX　ソックス SOX

● 注射薬と飲み薬による抗がん剤治療です。

1日目にオキサリプラチンの点滴注射を2時間、病院で受けます。

帰宅後、朝夕の1日2回飲み薬を飲みます。お薬はXELOX療法ではゼローダを、SOX療法ではTS-1をお飲みいただきます。飲み薬の服用量は、身長や体重に応じて、医師から指示が出ます。

14日間毎日続けて服用し、その後7日間お休み（休薬）し、3週間に1区切りの治療が繰り返し続けられます。通院は3週間に1度です。



全身化学療法とは

大腸がんが周囲の臓器に直接浸潤していたり、その他の臓器に多発性の転移（再発）が認められ、手術だけではがんをすべて取り除くのが難しい場合、一般的な治療法として、全身化学療法を選択します。

全身化学療法を用いることで、がんの進行を遅らせたり、がんの大きさの縮小やがんに伴う炎症の軽減などによりがんの症状を緩和させることが期待でき、生活の質（Quality of Life）の向上をはかることができます。

また、大腸がんの化学療法は近年急速な進歩を遂げており、転移巣の縮小や転移個数の減少をはかることで、根治的手術が可能になることもあります。

しかし、化学療法に用いる抗がん剤は、がん細胞を攻撃する働きがありますが、その作用は、がん細胞だけでなく正常な細胞にもおよぶため、そのダメージがいろいろな副作用となって現れます。がん化学療法においては、副作用は避けて通れないものですが、副作用の発現をできるだけ抑えながら、効果を最大限に引き出すよう対応していきます。

あなたの化学療法は

- ☐ フォルフォックス FOLFOX 療法
- ☐ ゼロックス XELOX 療法
- ☐ フォルフィリ FOLFIRI 療法
- ☐ アイリス IRIS 療法
- ☐ イリノテカン療法
- ☐ 抗 VEGF 抗体薬
- ☐ 抗 EGFR 抗体薬
- ☐ レゴラフェニブ療法
- ☐ TAS-102 療法
- ☐ その他（　　）

あなたの化学療法は

化学療法①

内容（お薬名・投与量(/m²)・回数）

期間：　20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日

化学療法②

内容（お薬名・投与量(/m²)・回数）

期間：　20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日

化学療法③

内容（お薬名・投与量(/m²)・回数）

期間：　20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日

化学療法④

内容（お薬名・投与量(/m²)・回数）

期間：　20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日

検査予定表

大腸がんの手術を受けられた患者さんには、再発予防などのためにも、通常手術後5年間、定期検査を受けていただく必要があります。5年間の定期検査の予定を18～19ページに「検査予定表」としてまとめています。

診療予定表について

- 検査予定表内に丸印（○、●）が記入してある検査項目を医療機関にてお受けください。
- 定期検査はどの医療機関でも受診することができますが、●の検査については、手術を行った川崎幸病院の担当医への受診をおすすめしています。
- 定期検査を受診後は、検査を行った項目の“担当医チェック欄”に担当医のサインを記入していただいてください。
- この検査予定表をご活用いただき、丸印が記入してある検査項目は、ご自身のお身体のためにも必ずお受けください。

術後経過 / 検査項目	3カ月	6カ月
受診予定日	/	/
問診･診察	○	●
担当医チェック欄		

こちらに次の受診予定日をご記入ください。

こちらに担当医のサインを記入していただいてください。

この検査予定表には、大腸がん以外のがん（胃がん、肺がん、肝がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）の検査は含んでおりません。大腸がん以外のがん検診については、地域の健康診断などをご自身で必ず受けてください。

検査予定表

- 表内に丸印（○、●）が記入してある検査項目を医療機関にてお受けください。
- ●の検査は、手術を受けた川崎幸病院担当医への受診をおすすめします。
- □の検査は直腸がんの患者さんのみの検査です。
- △の検査はステージⅠ･Ⅱでは省略していただいても構いません。
- 受診時に、担当医チェック欄に検査を行った医師のサインを記入していただいてください。

手術日： 20　　年　　月　　日

検査項目＼術後経過	3カ月	6カ月	9カ月	1年	3カ月	6カ月	9カ月	2年	6カ月	3年	6カ月	4年	6カ月	5年
受診予定日	/	/	/	/				/	/	/	/	/	/	/
問診･診察	○	●	○	●	○	●	○	●	●	●	●	●	●	●
担当医チェック欄														
採血検査（CEA含む）	○	●	○	●	○	●	○	●	●	●	●	●	●	●
担当医チェック欄														
直腸指診		□		□		□		□	□	□				
担当医チェック欄														
CT検査	△	●		●		●		●	●	●	△	●	△	●
担当医チェック欄														
大腸内視鏡検査※						●		●		●				
担当医チェック欄														

※ 大腸内視鏡検査は、吻合部再発およびポリープ検索目的に行います。
※ 1年以内に1回は必ず行い、その後は必要に応じて行います。

診療の記録の記入方法

定期検診などで医療機関に受診する時には、診療の記録にご記入いただき、医師にご提示ください。

点線内が患者さんの記入欄になります。

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　□ なし　□ あり
放射線治療　□ なし　□ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

□ 腹痛　□ 膨満感
□ 便秘　□ 吐き気
□ 食欲不振　□ 発熱
□ 発疹　□ 臀部痛
□ 肛門部痛　□ 下肢痛
□ 下血　□ むくみ
□ その他
（　　）

3ヶ月後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　□ なし　□ あり
放射線治療　□ なし　□ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

□ 腹痛　□ 膨満感
□ 便秘　□ 吐き気
□ 食欲不振　□ 発熱
□ 発疹　□ 臀部痛
□ 肛門部痛　□ 下肢痛
□ 下血　□ むくみ
□ その他
（　　）

医師記入欄

実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

□ 採血　□ CT　□ 内視鏡
□ その他検査（　　）

採血結果

□腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

□異常なし　□異常あり →

臨床所見

□異常なし　□異常あり →

医師のコメント欄

6ヶ月後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　□ なし　□ あり
放射線治療　□ なし　□ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

□ 腹痛　□ 膨満感
□ 便秘　□ 吐き気
□ 食欲不振　□ 発熱
□ 発疹　□ 臀部痛
□ 肛門部痛　□ 下肢痛
□ 下血　□ むくみ
□ その他
（　　）

医師記入欄

実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

□ 採血　□ CT　□ 内視鏡
□ その他検査（　　）

採血結果

□腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

□異常なし　□異常あり →

臨床所見

□異常なし　□異常あり →

医師のコメント欄

1年後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　□ なし　□ あり
放射線治療　□ なし　□ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

□ 腹痛　□ 膨満感
□ 便秘　□ 吐き気
□ 食欲不振　□ 発熱
□ 発疹　□ 臀部痛
□ 肛門部痛　□ 下肢痛
□ 下血　□ むくみ
□ その他
（　　）

医師記入欄

実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

□ 採血　□ CT　□ 内視鏡
□ その他検査（　　）

採血結果

□腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

□異常なし　□異常あり →

臨床所見

□異常なし　□異常あり →

医師のコメント欄

1年6ヶ月後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄

実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄

2年後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄

実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄

2年6ヶ月後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄

実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄

3年後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄

実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄

診療の記録

3年6ヶ月後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄　実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄

4年後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄　実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄

4年6ヶ月後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄　実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄

5年後

患者さん記入欄

受診日　　年　　月　　日

抗がん剤治療　☐ なし　☐ あり
放射線治療　☐ なし　☐ あり

下記の症状が持続した場合にはチェックをしてください。

☐ 腹痛　☐ 膨満感
☐ 便秘　☐ 吐き気
☐ 食欲不振　☐ 発熱
☐ 発疹　☐ 臀部痛
☐ 肛門部痛　☐ 下肢痛
☐ 下血　☐ むくみ
☐ その他
（　　）

医師記入欄　実施した検査をチェックいただき、結果についてコメント欄にご記入ください。

☐ 採血　☐ CT　☐ 内視鏡
☐ その他検査（　　）

採血結果
☐腫瘍マーカー
CA19-9：＿＿＿＿ U/ml
CEA　：＿＿＿＿ ng/ml

☐異常なし　☐異常あり →

臨床所見
☐異常なし　☐異常あり →

医師のコメント欄