

大腸癌術後ゼローダ療法地域連携パス

患者

(笠島 浩行)

函病・かかりつけ医受診の際に必ずお持ちください。

週数	術後9ヶ月		適宜		1年		適宜		1年3ヶ月		適宜		1年半		適宜		1年9ヶ月		適宜	
	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日	かかりつけ医 受診日
月日																				
吐き気はありますか	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある
食欲はありますか	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない
食事は食べられていますか	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ
食べ物の味はわかりますか	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
口内炎はありますか	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある
疲れやすいですか	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	
動悸・息切れはありますか	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	
手足のしびれはありますか	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	
手や足の皮膚の色は変化しましたか	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	
手や足の指が痛みますか	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	
37.5℃以上の発熱がありますか	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある
腹痛はありますか	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい
下痢をしていますか	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	
便秘をしていますか	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい
血便はありますか	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい
その他の症状を具体的にご記入ください																				
医師間の申し送り事項記入欄																				
函病主治医・かかりつけ医サイン欄																				

大腸癌術後ゼローダ療法地域連携パス

患者

(笠島 浩行)

函病・かかりつけ医受診の際に必ずお持ちください。

月日	2年		適宜		2年3ヶ月		適宜		2年半		適宜		2年9ヶ月		適宜		3年		適宜	
	函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)		かかりつけ医 受診日		函病受診日 (CT検査日)		かかりつけ医 受診日		函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)		かかりつけ医 受診日		函病受診日 (CT検査日)		かかりつけ医 受診日		函病または かかりつけ医 受診日 (エコー検査)		かかりつけ医 受診日	
吐き気はありますか	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある
食欲はありますか	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない	はい	少し ない
食事は食べられていますか	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ	はい	少し いいえ
食べ物の味はわかりますか	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
口内炎はありますか	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある
疲れやすいですか	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	生活に支障は ない	
動悸・息切れはありますか	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	日中寝ている 時間が多い	
手足のしびれはありますか	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	家の中である 外を歩くとある	
手や足の皮膚の色は変化しましたか	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	手がしびれる 足がしびれる	
手や足の指が痛みますか	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	
37.5℃以上の発熱がありますか	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	
腹痛はありますか	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある
下痢をしていますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	
便秘をしていますか	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	1日4回以下 1日5回以上	
血便はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	
その他の症状を具体的にご記入ください																				
医師間の申し送り事項記入欄																				
函病主治医・かかりつけ医サイン欄																				

函病・かかりつけ医受診の際に必ずお持ちください。

週数	3年半	適宜	4年	適宜	4年半	適宜	5年
	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)	かかりつけ医 受診日	函病受診日 (CT検査日)
月日							
吐き気はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
食欲はありますか	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない	はい 少し ない
食事は食べられていますか	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ	はい 少し いいえ
食べ物の味はわかりますか	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ
口内炎はありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
疲れやすいですか	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い	生活に支障は ない 日中寝ている 時間が多い
動悸・息切れはありますか	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある	ない 家の中である 外を歩くとある
手足のしびれはありますか	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる	ない 手がしびれる 足がしびれる
手や足の皮膚の色は変化しましたか	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い	変化はない 色が濃い
手や足の指が痛みますか	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない	痛まない 耐えられる 耐えられない
37.5℃以上の発熱がありますか	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある	ない ある
腹痛はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
下痢をしていますか	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上	いいえ 1日4回以下 1日5回以上
便秘をしていますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
血便はありますか	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい	いいえ はい
その他の症状を具体的にご記入ください							
医師間の申し送り事項記入欄							
函病主治医・かかりつけ医サイン欄							