**（UFT/ユーゼル） 氏　名：　　　　　　　　　　　様**

**（StageⅢ・一部のStageⅡ）　　　病院名：　　　　　　　　　　　担当医　　　　　　電話**

経口抗がん剤を使用する場合は、開始6ケ月間はこの地域連携診療計画書を　　　　　　　　　　　　**かかりつけ医：　　　　　　　　担当医　　　　　　電話**

使用し、終了後は県統一大腸がん地域連携診療計画書（連携パス）に移行する。

**＊今後はかかりつけ医と当院担当医が共同して診療にあたります。**

**＊入院が必要なときはいつでも当院が受け入れます。**

**＊５年目以降も検診を受けましょう。**

**＊大腸がん以外のがん検診は毎年受けましょう。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診時期  （化学療法コース） | | 退院後２週間 | **１コース目** | | | **２コース目** | | **３コース目** | | **4コース目** | | **５コース目** | | 投薬終了後  初回診察 |
| UFT/ユーゼル  内服 | | 休薬  (7日) | UFT/ユーゼル  内服 | 休薬  (7日) | UFT/ユーゼル  内服 | 休薬  (7日) | UFT/ユーゼル  内服 | 休薬  (7日) | UFT/ユーゼル  内服 | 休薬  (7日) |
| 開始日～  14日目 | 15日目 | 29～35  日目 | 開始日～  28日目 | 29～35  日目 | 開始日～  28日目 | 29～35  日目 | 開始日～  28日目 | 29～35  日目 | 開始日～  28日目 | 29～35  日目 |
| 受診先  (拠点病院/かかりつけ医) | | 拠点  病院 | 拠点病院 | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |
| かかりつけ医 | かかりつけ医 |  | かかりつけ医 |  | かかりつけ医 |  | かかりつけ医 |  | かかりつけ医 |  | かかりつけ医 |
| 受診日 | | / | / | / |  | / |  | / |  | / |  | / |  | / |
| 診察／有害事象の評価・対応 | 全身状態 | ○ | ○ | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |
| (血圧・体温・体重・身長) |
| 問診 |
| (全身症状・腹部症状) |
| 視触診 |
| (貧血・黄疸・鎖骨上窩リンパ節 |
| 腹部膨満・腸音・腫瘤・ |
| 直腸がんの場合の直腸診) |
| 血液  検査 | 血液・生化学 | ○ | ○ | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |
| 腫瘍マーカー |  | （○） |  |  | （○） |  | （○） |  | （○） |  | （○） |  | ○ |
| 画像診断 | 胸部XP　or　胸部CT |  |  |  |  |  |  |  | （○胸XP) |  |  |  |  | ○ |
| 腹部超音波　or　腹部CT |  |  |  |  |  |  |  | （○腹US) |  |  |  |  | ○ |
| 投薬 | UFT/ユーゼル処方 |  | ○ | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  |  |