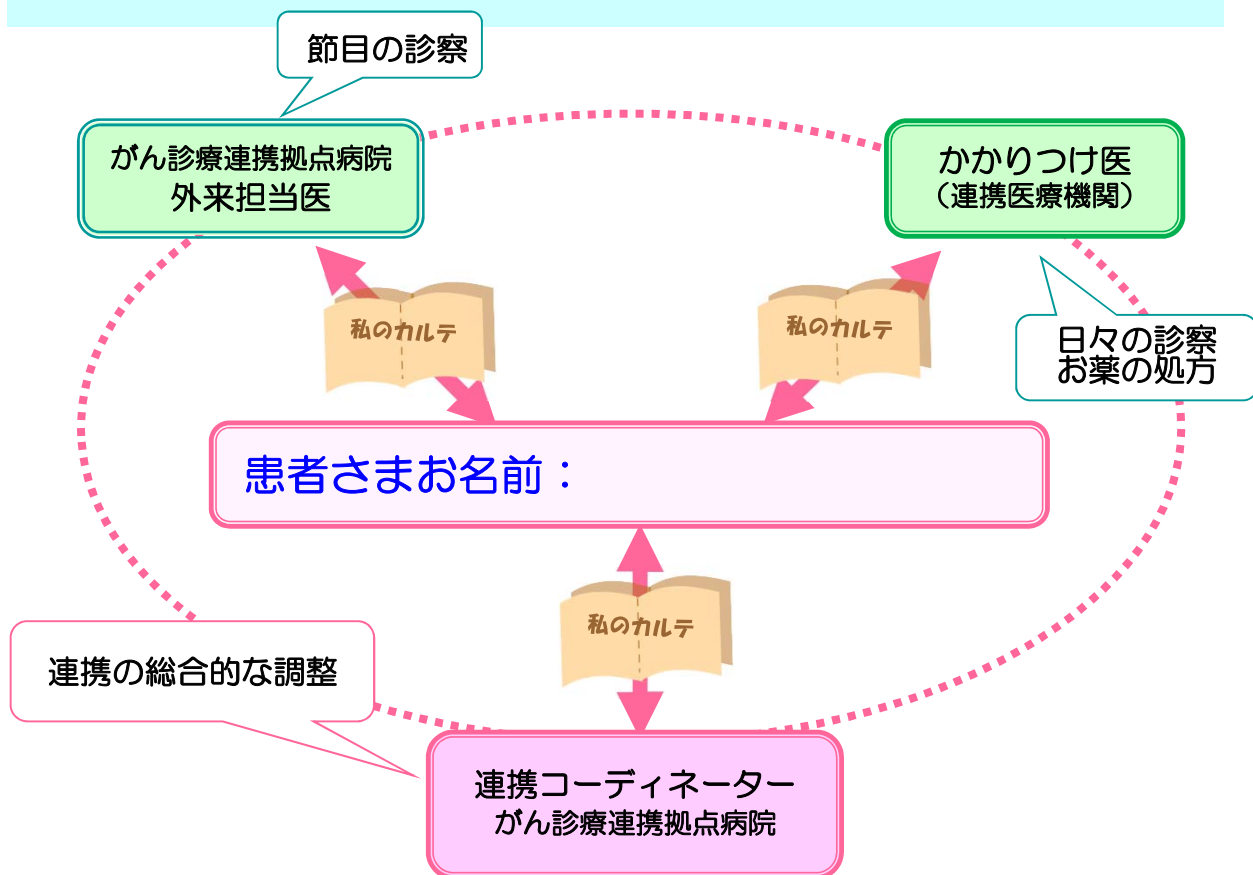


# 私のカルテ



## 「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、  
ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 患者さま用 共同診療計画表
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

**【連携先医療機関（かかりつけ医）】**

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

**【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】**

病院名：旭川医科大学病院

診療科と担当医師：

住 所：旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

電話番号：（病院代表）0166-65-2111

：（夜間休日）0166-66-9901

：（がん相談支援センター）0166-69-3231

## 「地域連携クリティカルパスについて」

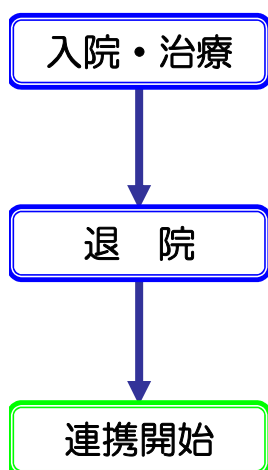
北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。

### 地域医療連携フローチャー

入院中に今後の医療連携についてご相談します



#### ●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

#### ●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

## わたしの基本情報

名 前			
生年月日	明 大 昭 平	年 月 日生	手術時年齢
			歳
連絡先TEL			
住 所			
大腸癌以外で今までにかかった病気 や治療中の病気	(記入例：高血圧、平成17年～)		

## 手術に関する情報

手術日	年 月 日		
部位	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S		
	<input type="checkbox"/> Rs <input type="checkbox"/> Ra <input type="checkbox"/> Rb <input type="checkbox"/> RbP		
術式	<input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 横行		
	<input type="checkbox"/> 下行 <input type="checkbox"/> 左半 <input type="checkbox"/> s 状		
	<input type="checkbox"/> 高位前方 <input type="checkbox"/> 低位前方 <input type="checkbox"/> 超低位		
	<input type="checkbox"/> ハルトマン <input type="checkbox"/> マイルズ		
	<input type="checkbox"/> 上記以外 ( )		
Stage	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	cur	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV		



## 医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイ
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日

## 医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイ
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日



# 受診スケジュール

は手術病院への通院予定日です。  
 はかかりつけ医通院日です。

受診時期	開始日	術後3カ月	術後半 年	術後9 カ月	1 年	1年3 カ月	1年 半	1年9 カ月
手術した病院への受診	○		○		○		○	
かかりつけ医への受診		○		○		○		○
診察・問診 チェック	○	○	○	○	○	○	○	○
採血検査 (腫瘍マーカー含む)	○	○	○	○	○	○	○	○
胸腹部CT検査		△	○		○		○	
腹部超音波検査			△		△		△	
大腸内視鏡検査					○			

受診時期	2 年	2年3 カ月	2年 半	2年9 カ月	3 年	3年 半	4 年	4年 半	5 年
手術した病院への受診	○		○		○		○		○
かかりつけ医への受診		○		○		○		○	
診察・問診 チェック	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血検査 (腫瘍マーカー含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸腹部CT検査	○		○		○	△	○	△	○
腹部超音波検査	△		△		△				
大腸内視鏡検査	△				○				(○)

## 受診欄

患者さんのセルフチェック欄	パス開始日 (退院後初診)	術後3カ月 かかりつけ医診察日
	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

診察医の記入欄	
検査値の特記事項	
CEA値	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項	
診察医サイン	

# 受診欄

術後半年  
がん拠点病院診察日

術後9カ月  
かかりつけ医診察日

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

## 診察医の記入欄

検査値の特記事項		
CEA値		
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見		
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項		
診察医サイン		

## 受診欄

患者さんのセルフチェック欄	術後1年 がん拠点病院診察日	術後1年3カ月 かかりつけ医診察日
	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

診察医の記入欄		
検査値の特記事項		
CEA値		
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見		
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項		
	診察医サイン	

## 受診欄

術後1年半  
がん拠点病院診察日

術後1年9カ月  
かかりつけ医診察日

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

## 診察医の記入欄

検査値の特記事項		
CEA値		
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見		
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項		
診察医サイン		

# 受診欄

術後2年  
がん拠点病院診察日

術後2年3カ月  
かかりつけ医診察日

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

## 診察医の記入欄

検査値の特記事項		
CEA値		
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見		
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項		
診察医サイン		

# 受診欄

術後2年半  
がん拠点病院診察日

術後2年9カ月  
かかりつけ医診察日

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

## 診察医の記入欄

検査値の特記事項		
CEA値		
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見		
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項		
診察医サイン		

## 受診欄

術後3年  
がん拠点病院診察日

術後3年半  
かかりつけ医診察日

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

## 診察医の記入欄

検査値の特記事項		
CEA値		
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見		
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項		
診察医サイン		



## 受診欄

患者さんのセルフチェック欄	術後4年 がん拠点病院診察日	術後4年半 かかりつけ医診察日
	年 月 日受診	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい		

診察医の記入欄		
検査値の特記事項		
CEA値		
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見		
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項		
	診察医サイン	

## 受診欄

術後5年  
がん拠点病院診察日

患者さんのセルフチェック欄	年 月 日受診
吐き気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない
食事は食べられていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
食べ物の味はわかりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口内炎はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
疲れやすいですか	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない <input type="checkbox"/> 日中寝ている時間が多い
動悸・息切れはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家の中である <input type="checkbox"/> 外を歩くとある
37.5℃以上の発熱がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
腹痛はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
下痢をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日4回以下 <input type="checkbox"/> 1日5回以上
便秘をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
血便はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状を書いて下さい	

## 診察医の記入欄

検査値の特記事項	
CEA値	
転移・再発	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他 画像所見	
今回の方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精密検査へ
その他 連絡事項	
診察医サイン	