

# 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	次回まで適宜	術後3カ月	次回まで適宜	術後半	次回まで適宜	術後9カ月	次回まで適宜	1年	次回まで適宜	1年3カ月	次回まで適宜	1年半	次回まで適宜	1年9カ月	次回まで適宜
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	次回まで適宜	2年3カ月	次回まで適宜	2年半	次回まで適宜	2年9カ月	次回まで適宜	3年	次回まで適宜	3年半	次回まで適宜	4年	次回まで適宜	4年半	次回まで適宜	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

パス開始日(退院後初診)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後3カ月(胸腹部CT検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後6カ月(必要であれば腹部超音波検査)

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
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

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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
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9カ月(胸腹部CT検査)

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		大腸内視鏡検査(同日無理なら予約を)	
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

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後1年(必要であれば腹部超音波検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後1年3カ月(胸腹部CT検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後1年半(必要であれば腹部超音波検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後1年9カ月(胸腹部CT検査)

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		大腸内視鏡検査(同日無理なら予約を)	
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

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後2年(必要であれば腹部超音波検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後2年3カ月(胸腹部CT検査)

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	

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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	

受診欄

術後2年半(必要であれば腹部超音波検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後2年9カ月(胸腹部CT検査)

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	

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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
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	

大腸内視鏡検査(同日無理なら予約を)

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
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3年(必要であれば腹部超音波検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後3年半(胸腹部CT検査)

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			

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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			

受診欄

術後4年(胸腹部CT検査)

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
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	

大腸内視鏡検査(希望者)

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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
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4年半(胸腹部CT検査)

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	

受診欄

かかりつけ医診察日(次回手術病院受診までの適宜チェック)

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	

受診欄

術後5年(胸腹部CT検査)

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		大腸内視鏡検査(希望者)	
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			