

大腸がん地域連携パス 検査スケジュール・項目一覧

患者名: _____

診察月	開始時	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月
受診予定月	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /
自他覚症状	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
腫瘍マーカー	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
一般採血	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸腹部造影CT(エコー)			●		●		●		●		●
消化管内視鏡検査					[○●]				[○●]	直腸がん	

診察月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
受診予定月	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /
自他覚症状	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
腫瘍マーカー	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
一般採血	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸腹部造影CT(エコー)		●		●		●		●		●
消化管内視鏡検査		[○●]								[○●]

参考事項

● 病院 ○かかりつけ医 []は何れで実施しても可、予約時に確認する。

赤は必須項目、青は任意項目

監査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可

一般採血・腫瘍マーカー : 採血を全てかかりつけ医で施行することも可能

一般採血	: AST, ALT, ALP, LDH, Tbil, TP, Alb, BUN, Cre
	: WBC, RBC, Hb, Ht, Plt,
腫瘍マーカー	: CEA, CA19-9(必須)

胸腹部造影CT : Stage III → 半年に1回を継続、Stage I ~ II → 3年以降は1年に1回でもよい。

消化管内視鏡検査 : 1・3・5年は必須だが、以下を検討。
多発癌であった場合は毎年施行、ポリープがあった場合は処置1年後も施行
検査が施行できないときは、便潜血反応検査を考慮する