

# 診察・検査予定表

手術日： 20 年 月 日

名 前： \_\_\_\_\_ 治療病院ID： \_\_\_\_\_

					1年				2年
	2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	
問診・診察	●	◎	◎	○	●	○	◎	○	●
採血検査 (CEA含む)	●	◎	◎	○	◎	○	◎	○	◎
直腸指診 (直腸がんのみ)			◎		◎		◎		◎
胸部CT検査			(◎)		◎		(◎)		◎
腹部CT検査			(◎)		◎		(◎)		◎
大腸 内視鏡 検査※	(結腸がん・直腸S状部がん)				◎				
	(直腸がん)				◎				◎

			3年				4年				5年
3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	
○	◎	○	●	○	◎	○	●	○	◎	○	●
○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
	◎		◎								
	(◎)		◎		(◎)		◎		(◎)		◎
	(◎)		◎		(◎)		◎		(◎)		◎
			◎								◎
			◎								

※大腸内視鏡検査は、吻合部再発およびポリープ検索目的に行います。  
1年以内に1回は必ず行い、その後は必要に応じて行います。  
終了した検査は「✓」を入れます。

●治療病院  
○かかりつけ医  
◎かかりつけ医または治療病院  
( )は省略できます