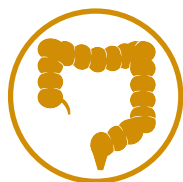


# 東京都医療連携手帳



算定 有・無

※この項目は、治療病院が記載します。

東京都がん診療連携協議会・東京都医師会・東京都福祉保健局

2020年7月改訂



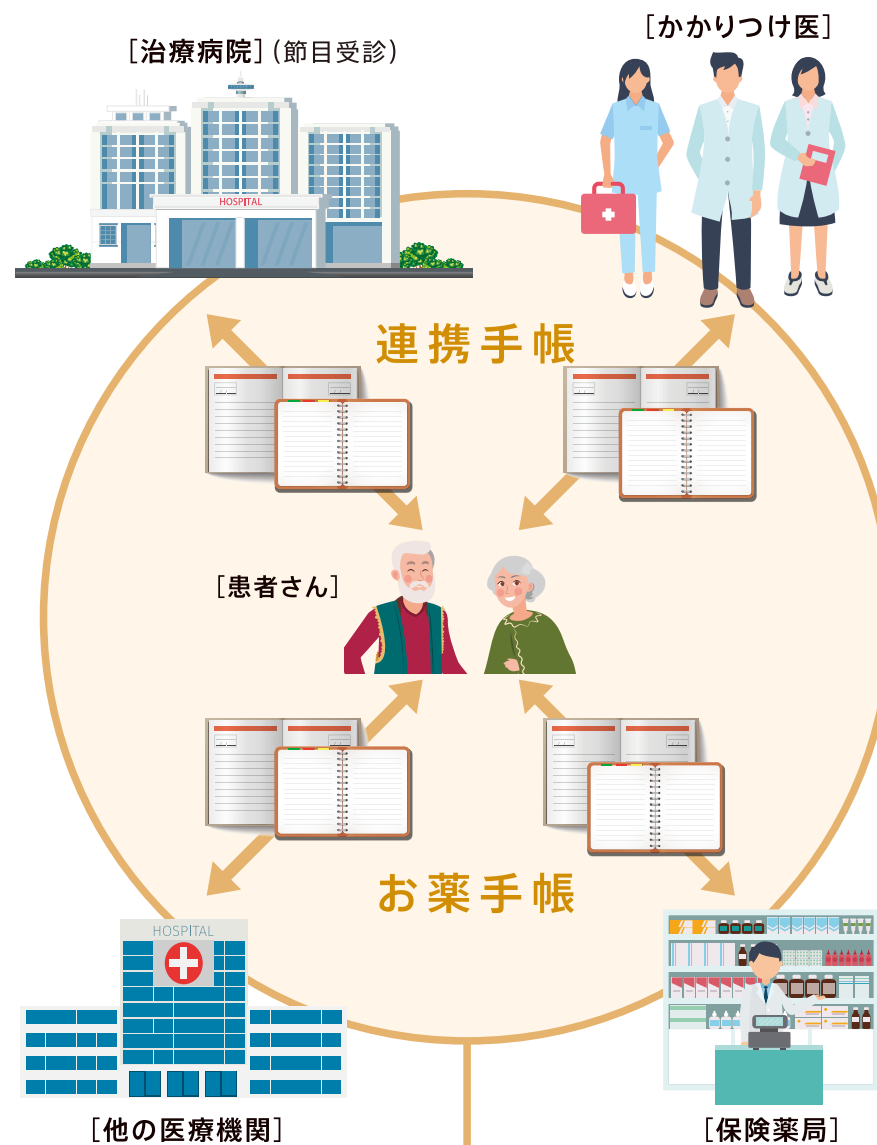
## 東京都医療連携手帳とは

この連携手帳は、手術・治療を施行した専門病院（以下、「治療病院」）とかかりつけ医が役割分担をして、相互に連携しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供することによって、切れ目のない治療を行うためのものです。

この連携手帳を使用することによって、患者さんは治療病院とかかりつけ医、それぞれの治療計画を知ることができ、安心して診療を受けることができます。



## 連携手帳を用いた診療の流れ



## 連携手帳を用いた診療の流れ

- 病状が落ち着いているときの日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療病院へは節目に受診していただきます。何か心配なことがある時は、まずかかりつけ医にご相談ください。
- 他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒にこの連携手帳をお持ちください。
- この連携手帳の診療計画は、診察・検査を行う時期の目安ですので、病状に応じてかかりつけ医・治療病院主治医の判断に従うようにしてください。

連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

※この「東京都医療連携手帳」は、東京都がん診療連携協議会で作成しています。

患者さんは、42ページ「この連携手帳の使い方について」をご参照のうえ、各項目をご記入ください。

お 名 前				
生年月日 (西暦)		年	月	日
身長	cm	体重	kg	
治療病院				
T E L				
I D				
主治医				
手術日	20	年	月	日
	20	年	月	日
かかりつけ医(1)				
T E L				
I D				
主治医				
かかりつけ医(2)				
T E L				
I D				
主治医				
かかりつけ薬局				
T E L				

### 既往歴および現在治療中の病気

### アレルギー (薬、食べ物等)

### 内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

# 手術

切除部位	術式	手術日
<input type="checkbox"/> 結腸 <input type="checkbox"/> 直腸S状部 <input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡 <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右結腸 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 横行 <input type="checkbox"/> 下行 <input type="checkbox"/> S状 <input type="checkbox"/> 左結腸 <input type="checkbox"/> 左半  <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 低位前方 <input type="checkbox"/> マイルズ <input type="checkbox"/> ハルトマン <input type="checkbox"/> 局所切除  <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ストマあり(小腸) <input type="checkbox"/> ストマあり(大腸)	20 年 月 日
ステージ (取扱規約第9版)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> その他	
術前CEA値	ng/ml(正常値      ng/ml以下)	
術前CA19-9値	U/ml(正常値      U/ml以下)	
術前p53抗体	U/ml(正常値      U/ml以下)	

## [あなたの今後の治療方針]

- ステージ 0       大腸がんの定期観察は必要ありません。検診を受けて下さい。
- ステージ I早期       大腸がんの定期観察は必要ありません。検診を受けて下さい。
- ステージ I進行       大腸がんの術後の定期観察を受けて下さい。
- ステージ IIa       大腸がんの術後の定期観察を受けて下さい。
- その他       術後化学療法と定期観察をすすめます。
- その他       化学療法と定期観察をすすめます。

- 定期観察については、7～8ページの別表の予定で検査を行います。
- 再発予防を目的とした抗がん剤治療については、患者さんごとに異なりますので、かかりつけ医・治療病院主治医と相談してください。

## その他特記事項(連携時)

腫瘍口側の検索: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <div style="text-align: right;">クレアチニン値                          mg/dl</div> (化学療法が必要な場合記入してください)



# 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

# 診療記録 (1年目)

名前： \_\_\_\_\_

治療病院ID： \_\_\_\_\_

- 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

	手術日	退院後2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	
患者さん記入欄	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	
	受診機関	●	◎	◎	○	●	
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	
	症状記入欄 (気になる症状がある場合は、 チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	
	採血	●	◎	◎	○	◎	
	CEA						
	CA19-9						
	直腸指診 (直腸がんの場合)				◎		◎
	胸部CT				(◎)		◎
	腹部CT				(◎)		◎
大腸内視鏡検査						◎	
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入							

※書ききれない場合は通信欄へ

# 診療記録 (2年目)

名前： \_\_\_\_\_

治療病院ID： \_\_\_\_\_

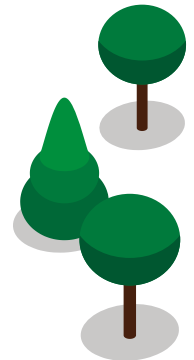
- 治療病院
- かかりつけ医
- ◎ かかりつけ医または治療病院
- ( ) は省略できます

患者さん記入欄

医療機関記入欄

手術日	1年3ヶ月	1年6ヶ月
20 / /	20 / /	20 / /
受診機関	○	◎
体重	kg	kg
症状記入欄 (気になる症状がある場合は、 チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
採血	○	◎
CEA		
CA19-9		
直腸指診 (直腸がんの場合)		◎
胸部CT		(◎)
腹部CT		(◎)
大腸内視鏡検査		
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入		

1年9ヶ月	2年
20 / /	20 / /
○	●
kg	kg
<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
○	◎
	◎
	◎
	◎
	◎ (直腸がんの場合)



※書ききれない場合は通信欄へ

# 診療記録 (3年目)

名前： \_\_\_\_\_

治療病院ID： \_\_\_\_\_

- 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

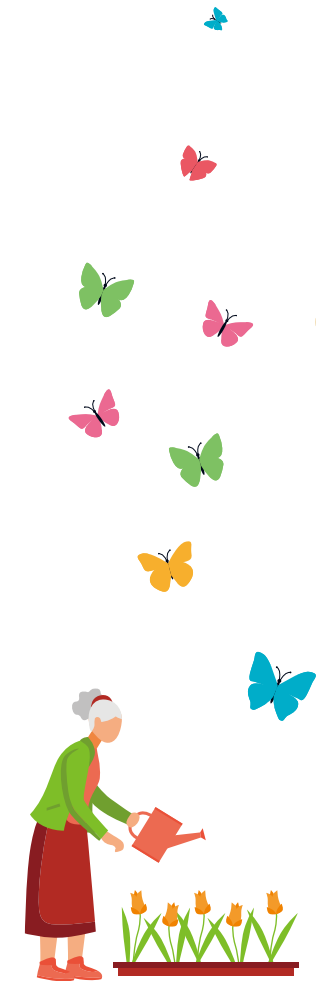
手術日	2年3ヶ月	2年6ヶ月
20 / /	20 / /	20 / /
受診機関	○	◎
体重	kg	kg
<b>症状記入欄</b> <small>(気になる症状がある場合は、チェックしてください)</small>	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
採血	○	◎
CEA		
CA19-9		
直腸指診 <small>(直腸がんの場合)</small>		◎
胸部CT		(◎)
腹部CT		(◎)
大腸内視鏡検査		
説明・指導 <small>(診察・検査所見等)            保険薬局との連携の為適宜Cr値を記入</small>		

2年9ヶ月	3年
20 / /	20 / /
○	●
kg	kg
<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
○	◎
	◎
	◎
	◎
	◎

患者さん記入欄

医療機関記入欄

※書ききれない場合は通信欄へ





# 診療記録 (4年目)

患者さん記入欄

医療機関記入欄

手術日	3年3ヶ月	3年6ヶ月
20 / /	20 / /	20 / /
受診機関	○	◎
体重	kg	kg
症状記入欄 (気になる症状がある場合は、 チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
採血 CEA CA19-9	○	◎
直腸指診 (直腸がんの場合)		
胸部CT		(◎)
腹部CT		(◎)
大腸内視鏡検査		
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入		

名前： \_\_\_\_\_

- 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

治療病院ID： \_\_\_\_\_

3年9ヶ月	4年
20 / /	20 / /
○	●
kg	kg
<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
○	◎
	◎
	◎



※書ききれない場合は通信欄へ

# 診療記録 (5年目)

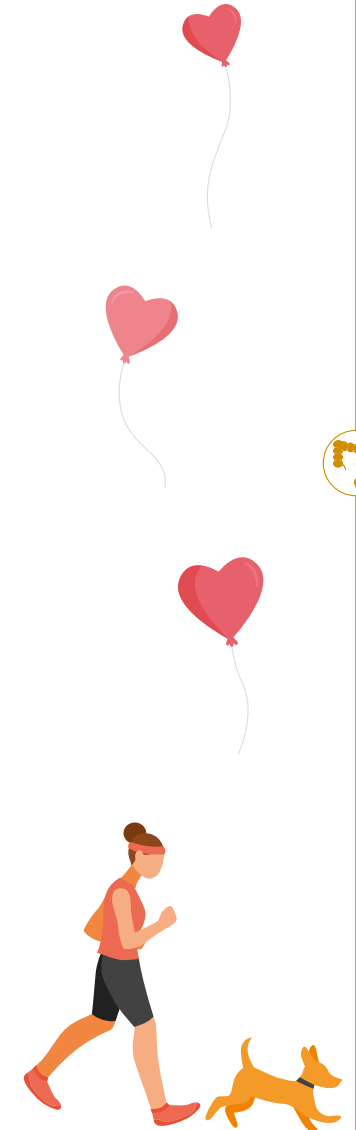
名 前: \_\_\_\_\_

- 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

治療病院ID: \_\_\_\_\_

手術日	4年3ヶ月	4年6ヶ月
20 / /	20 / /	20 / /
受診機関	○	◎
体重	kg	kg
<b>症状記入欄</b> <small>(気になる症状がある場合は、チェックしてください)</small>	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
採血	○	◎
CEA		
CA19-9		
直腸指診 <small>(直腸がんの場合)</small>		
胸部CT		(◎)
腹部CT		(◎)
大腸内視鏡検査		
説明・指導 <small>(診察・検査所見等)            保険薬局との連携の為適宜Cr値を記入</small>		

4年9ヶ月	5年
20 / /	20 / /
○	●
kg	kg
<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 臀部痛・肛門部痛・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )
○	◎
	◎ <small>(結腸がん、直腸S状部がんの場合)</small>



※書ききれない場合は通信欄へ



## 通信欄 (かかりつけ医・治療病院 兼用)

定時の薬以外を処方した場合や、(特別な)説明をした場合などは、通信欄への記入をお願いします。

年 月 日	コメント	サイン

年 月 日	コメント	サイン

## 通信欄 (かかりつけ医・治療病院 兼用)

定時の薬以外を処方した場合や、(特別な)説明をした場合などは、通信欄への記入をお願いします。

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン

年 月 日	コ メ ン ト	サ イ ン

### 通信欄（かかりつけ医・治療病院 兼用）

年 月 日	コメント	サイン

定時の薬以外を処方した場合や、(特別な)説明をした場合などは、通信欄への記入をお願いします。

年 月 日	コメント	サイン



## 自由記載欄 (患者さん用)

年 月 日	メ モ

年 月 日	メ モ







## 大腸がんの手術を受けた方へ

大腸がんの手術を受けた方には、通常手術後5年間、定期検査を受けていただく必要があります。

7～8ページに「診察・検査予定表」として、病期ごとに定期検査の予定をまとめました。

手術後は、かかりつけ医と手術を施行した治療病院の両方で診察を受けていただき、定期的に検査を行いながら、体調の変化や再発の有無のチェックを行います。

かかりつけ医での定期検査は「○」の時に、治療病院では「●」の時に受けてください。また「◎」はかかりつけ医、治療病院どちらで受診されても結構です。「( )」はステージⅠ又はステージⅡの患者さんは省略しても構いません。

入院治療が必要な時や再発が疑われる場合は、かかりつけ医の指示で、治療病院を受診していただくことになります。

検査の詳しい日程などはかかりつけ医にご相談ください。

体調などでお困りの時にも、まずかかりつけ医にご相談ください。

## 術後の注意点について

### 1. 食事について

①入院中はお粥を食べていたと思いますが、退院後はご飯に戻していただいても構いません。ご飯に戻した場合は、よく噛んで食べることを心掛けてください。

また、麺類はそばよりうどんのほうが消化に良いと言われておりますので、そばはしばらくの間は控えた方が良いでしょう。

②基本的に食事制限はありませんが、偏った食事や暴飲暴食・早食いを避け、野菜を中心としたバランスの取れた食事を、ゆっくり食べるように心掛けましょう。

③繊維の多い食品※1は消化が悪く、腸閉塞を起こしやすいので、手術直後は控えたほうが良いでしょう。2～3ヵ月後からは食べていただいて構いません。

※1 例: ごぼう、きのこ類、こんにゃく、海藻類、セロリ、たけのこ、れんこん、つけものなど



## 術後の注意点について

### 2.手術後に起こりやすい症状について

#### ① 食べ過ぎによる症状

「早食い・ドカ食い」などでは、1回の食事量が多いために消化・吸収が間に合わず、腹痛・膨満感・吐き気などの症状が出ることがあります。食べ過ぎに注意し、毎食ほぼ同程度の量をゆっくり食べましょう。

#### ② 排便の異常

手術をした部位により症状が異なりますが、「便秘」や便が一日に何回も少しずつ出る「頻便」、「下痢」が起こることがあります。特に、肛門近くの手術をされた方は「頻便」となる傾向があり、1日に10回以上出ることもあります。

また、2～3日おきの排便のとき、一度排便が始まると何回もトイレに行ってしまうこともよくあります。手術の影響ですので、時間はかかりますが、徐々に排便回数は減っていきます。

「下痢」は大腸での水分の吸収力低下が主な原因です。抗がん剤を使用しているときも下痢をしやすくなります。時間とともに落ち着いてきますが、1日に10回以上の下痢が続く場合は脱水症状になることがあるため、早急に主治医に相談してください。

また、腸の蠕動運動が低下していることによる「便秘」は、腸閉塞を引き起こす可能性があり、好ましい状態ではありません。水分を多くとり、体を動かすことを心掛けてください。3～4日出ない場合は下剤を飲む必要があります。かかりつけ医に相談しましょう。

### 3.内服薬について

処方された薬は医師・薬剤師の指示を守り、必ず飲んでください。下剤は、排便状況を見て調節してください。

### 4.日常生活について

#### ① 運動について

体力回復や筋力低下の防止には、適度な運動が必要です。今からはじめる…というのは難しいと思いますので、散歩を日課に取り入れ、生活リズムを戻し、規則正しい生活を送るようにしていきましょう。

また、趣味で行っているスポーツは、主治医に相談しながら続けていきましょう。

#### ② 睡眠と休息について

睡眠は十分にとり、疲労を翌日に持ち越さないようにしましょう。身体に負担をかけることはかえってストレスになるため、休みながら行動するようにしましょう。



## 術後の注意点について

### ③ 入浴について

入浴しても構いません。「おなかの傷は平気？」と心配されると思いますが、傷はしっかりついていきますので水は入りません。また、傷が清潔に保たれている方が望ましいので、きれいに洗うようにしましょう。

### ④ 旅行について

退院後1ヶ月すれば無理がない程度なら良いでしょう。必ずかかりつけ医・治療病院主治医にご相談ください。

### ⑤ 退院後の仕事について

お仕事を再開する時期については個人差がありますので、かかりつけ医・治療病院主治医にご相談ください。手術後の日常生活での回復状況と仕事量を考慮して判断することが重要です。

### ⑥ 嗜好品(タバコ、お酒)について

タバコは腹部の血液の流れを悪くし、腹部の運動を抑えますので、手術後も禁煙を続けるようにしましょう。飲酒についてはかかりつけ医・治療病院主治医にご相談ください。

### ⑦ 定期受診について

退院後は、自分の身体の状態を知るためにも定期的に受診しましょう。定期検査の結果から、無症状の状態でも再発や他の異常を発見することもあります。万が一再発しても早期発見が重要です。決められた検査の予定は必ず行うように心掛けてください。何か心配なことがありましたら、受診日にかかりつけ医・治療病院主治医へお尋ねください。

## 5. 腸閉塞について

腹部の手術後、腸と腹壁、腸同士の癒着が起こります。この癒着の部分を中心に腸が折れ曲がったり、ねじれたり、癒着部分でほかの腸を圧迫したりして腸が詰まった状態を、腸閉塞と言います。

症状として、おなかの張り(膨満感)、腹痛、吐き気・嘔吐などが起こります。おならも便も全く出ないことが最初の兆候です。時々の差し込むような痛みと腹痛を感じないときが、10分程度の間で周期的に何回もくることが特徴です。特に痛みが強いときは、我慢せずかかりつけ医に連絡を取り、指示を仰いでください。

症状が弱い場合には、水分のみ摂取し1~2食を絶食することで改善することもあります。症状が強い場合、持続する場合には、かかりつけ医を受診し、指示に従ってください。



# 医療機関の皆様へ

## 治癒切除後のフォローアップについて

大腸癌研究会・プロジェクト研究による再発の特徴を下記に記載します。

### 1.再発時期と再発部位

- ① 再発は術後3年以内に約80%以上、術後5年以内に95%以上が出現した。
- ② 術後5年を超えての再発は全症例の1%以下であった。
- ③ 肺再発のうち5%は術後5年を超えて出現した。
- ④ 吻合部再発の95%以上は3年以内に出現した。

### 2.ステージ別特徴

#### Stage 0

切除断端のがんが陰性であれば、再発は認めなかった。

#### Stage I

smがんの再発率は結腸がん・直腸がんとも約1%であった。mpがんでは再発率は6.4%で、結腸がん5.0%、直腸がん8.3%であった。術後3年以内に再発の2/3が出現し、5年を超えての再発は全症例の0.2%以下であった。

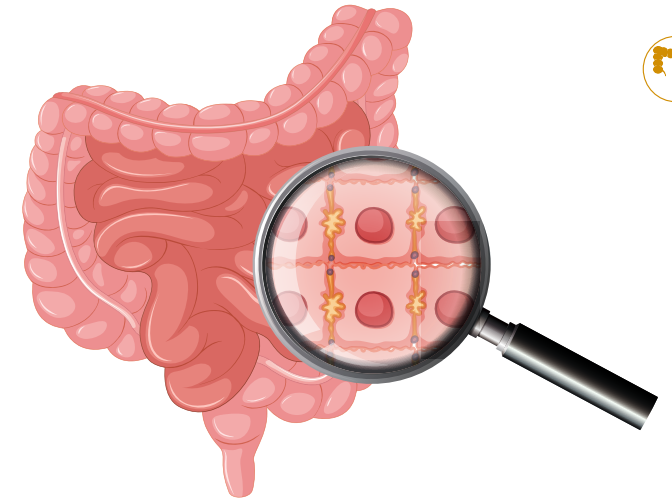
#### Stage II、Stage III

Stageが進むにしたがって再発率が増加した。術後3年以内に再発の78~90%が出現し、5年を超えての再発は全症例の1%以下であった。

### 3.術後補助化学療法

術後再発抑制・生存率の向上を目的として、手術後に補助化学療法をStageIIの一部とStageIIIの大腸がんで行っております。一般的には、抗がん剤を6ヶ月から1年間行っています。

術後フォローアップスケジュールは、大腸癌研究会による大腸癌治療ガイドラインを基にしました。術後の再発率の違いから、結腸・直腸S状部がんと直腸がんおよびStageI・IIとStageIIIで若干のフォローアップの違いがあります。



## 医療機関の皆様へ

### 大腸がん術後患者への指導について

#### 排便異常について

術後、便秘・下痢・軟便がみられることがあります。

特に直腸がん手術後には、直腸の貯留機能の低下から、長期にわたり頻便や下痢が認められることがあります。

症状にあわせて止痢剤・下剤等の処方をお願いいたします。

#### 救急対応について

大腸がん術後の外来経過観察中に緊急の対応が必要になるのは、主にイレウス症状です。

軽度の腹痛・吐き気などが認められる場合には水分の摂取のみとし、1～2回の絶食で経過をみていただいておりますが、症状の改善がみられない場合、症状が強い場合には、すぐに診察を受けるように指導しております。診察・各種検査でイレウスが確定した場合には入院の上、治療を開始します。



## この連携手帳の使い方について

#### 患者さんへ

- 連携手帳を受け取ったら、3～4ページの各項目をご記入ください。
- 受診の前に、9ページ以降の「患者さん記入欄」をご記入ください。
- 医療機関を受診される際は、必ずこの連携手帳をお持ちください。
- 27ページ以降の自由記載欄は、ご自由にご記入ください。
- 連携手帳に関するお問い合わせは、治療病院へご連絡ください。

#### 治療病院の主治医へ

- 患者さんにお渡しする前に、5～6ページをご記入ください。

#### かかりつけ医および治療病院の主治医へ

- 9ページ以降の「医療機関記入欄」をご記入ください。簡単な記載で結構です。
- お互いに伝達が必要な場合は、19ページ以降の通信欄にご記入ください。

