

大腸癌治療に関する診療結果連絡票 様

No.

受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施施設	連携施設	連携施設 ・ 専門施設	連携施設 ・ 専門施設	連携施設 ・ 専門施設	連携施設 ・ 専門施設
	専門施設				
実施検査	問診・診察	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施
	直腸診	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施
	血液検査	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施
	胸腹部CT	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施
	大腸内視鏡	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施	実施 ・ 未実施
	その他				
結果	CEA				
	CA19-9				
	特記事項	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし	あり ・ なし
	所見・ コメント欄				