医　療　連　携　手　帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

計画策定病院名

所在地

電話番号

連携手帳とは

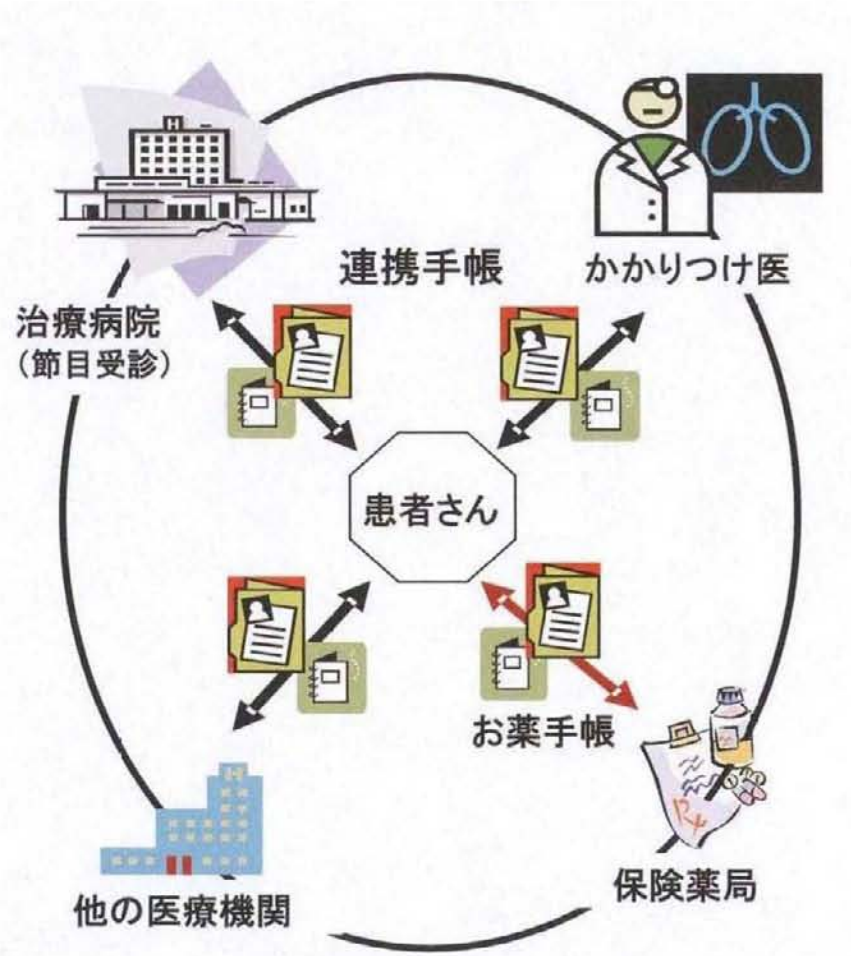
この手帳は、手術を施行した病院とかかりつけ医が協力し、専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。内容は、①共同診療に必要な診療情報、②５年間の診療予定表、③５年分の診療記録、④病気に関する説明、の４つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。

この連携手帳を使用することで、患者さんは今後の診療予定を知ることが出来ますし、診療情報が共有されますので安心してこれまで通りかかりつけ医の診療を受けることが出来ます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます（右ページの図参照）。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は３ページにあります）までご連絡ください。

なお、大腸がん以外のがん（胃がん、肺がん、肝がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に診ていただくか地域の健康診断などをお受け下さい。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お 名 前	
生年月日	明・大 昭・平 ＿＿年 ＿＿月 ＿＿日
身 長 ＿＿＿＿cm	体 重 ＿＿＿＿Kg
手術病院	
T E L	
I D	
担 当 医	
手 術 日	＿＿年 ＿＿月 ＿＿日 ＿＿年 ＿＿月 ＿＿日
かかりつけ医療機関（1）	
医師名	
T E L	
かかりつけ医療機関（2）	
医師名	
T E L	
かかりつけ薬局	
T E L	

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

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
□結腸 □直腸Ｓ状部 □直腸	□回盲部　□右結腸　□右半 □横行　□下行　□Ｓ状 □左結腸　□左半 □前方　□低位前方 □マイルズ□ハルトマン □局所切除 □その他（　　）	20　年＿＿月＿＿日
ステージ （取扱規約第７版）	□0　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲａ　□Ⅲｂ　□Ⅳ	
術前ＣＥＡ値	（正常値＿＿＿＿＿ng/ml 以下）	

＜あなたの今後の治療方針は＞

ス テ ー ジ　0→□大腸がんの経過観察は終了です。
検診を受けて下さい。
ステージⅠ早期→□大腸がんの経過観察は終了です。
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Ⅱ→□大腸がんの術後の定期観察を受けて下さい。
ス テ ー ジⅡ→□術後化学療法と定期観察をすすめます。
ス テ ー ジⅢ→□術後化学療法と定期観察をすすめます。
ス テ ー ジⅣ→□化学療法と定期観察をすすめます。

・定期観察については、別表の予定で検査を行います。
・化学療法については患者さんごとに異なります。
主治医の先生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：　□あり　　□なし
クレアチニン値 ＿＿＿＿＿ mg/dl
（化学療法が必要な場合記入して下さい）

診察・検査予定表：結腸がん・直腸Ｓ状部がん

手術日 20＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

					1年				2年				3年				4年				5年
	2週	3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月	
問診・診察	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●		●
チェック																					
採血検査（CEA 含む）	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●		●
チェック																					
胸部ＣＴ検査			●		●		●		●		●		●		◎△		●		◎△		●
チェック																					
腹部ＣＴ検査			●		●		●		●		●		●		◎△		●		◎△		●
チェック																					
大腸内視鏡検査＊					●								●								●
チェック																					

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。

●は手術病院で検査を行います。
○はかかりつけの医療機関で検査を行います。
◎は手術病院、かかりつけの医療機関どちらでもよいです。
△はステージⅠ・Ⅱでは省略してもよいです。

診察・検査予定表：直腸がん

手術日 20＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

					1年				2年				3年				4年				5年
	2週	3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月		3ケ月	6ケ月	9ケ月	
問診・診察	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	◎	○	●	○	◎	○	●
チェック																					
採血検査（CEA含む）	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	◎	○	●	○	◎	○	●
チェック																					
直腸指診			●		●		●		●		●		●								
チェック																					
胸部ＣＴ検査			●		●		●		●		●		●		◎△		●		◎△		●
チェック																					
腹部・骨盤CT検査			●		●		●		●		●		●		◎△		●		◎△		●
チェック																					
大腸内視鏡検査＊					●				●				●								
チェック																					

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。

●は手術病院で検査を行います。
○はかかりつけの医療機関で検査を行います。
◎は手術病院、かかりつけの医療機関どちらでもよいです。
△はステージⅠ・Ⅱでは省略してもよいです。

通信欄

2週間後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

3ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

6ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

9ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

1年後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

1年3ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

1年6ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

1年9ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

2年後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□腎部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

2年3ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□腎部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

2年6ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□　採血
□　胸部ＣＴ　□　腹部ＣＴ　□　骨盤ＣＴ
□　内視鏡
□　その他検査　（　　）

採血結果
□　異常なし
□　異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□　異常なし
□　異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

2年9ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□　採血
□　胸部ＣＴ　□　腹部ＣＴ　□　骨盤ＣＴ
□　内視鏡
□　その他検査　（　　）

採血結果
□　異常なし
□　異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□　異常なし
□　異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

3年後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →

クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →

CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

3年3ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →

クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →

CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

3年6ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

3年9ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部ＣＴ　□ 腹部ＣＴ　□ 骨盤ＣＴ
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

4年後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →

クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →

CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

4年3ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →

クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →

CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

4年6ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →

クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →

CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

4年9ヶ月後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□臀部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□ 採血
□ 胸部CT　□ 腹部CT　□ 骨盤CT
□ 内視鏡
□ その他検査　（　　）

採血結果
□ 異常なし
□ 異常あり →

クレアチニン値 ____ mg/dl

臨床所見
□ 異常なし
□ 異常あり →

CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

通信欄

5年後

受診予定日　　年　　月　　日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

□腹痛　□膨満感　□便秘　□吐き気　□食欲不振
□発熱　□発疹　□腎部痛　□肛門部痛　□下肢痛
□下血　□むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

抗がん剤治療　□なし　□あり

受診日　　年　　月　　日　　病院・医院

□　採血
□　胸部ＣＴ　□　腹部ＣＴ　□　骨盤ＣＴ
□　内視鏡
□　その他検査　（　　）

採血結果
□　異常なし
□　異常あり →
クレアチニン値 ____ mg/dl
臨床所見
□　異常なし
□　異常あり →
CEA: ____ ng/ml

【コメント欄】

大腸がんの手術を受けられた方へ

大腸がんの手術を受けられた方は、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 ページ及び 9-10 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病院の両方で診察を受けていただき、定期的に検査を行ってもらい、体調の変化や再発の有無のチェックをしていただきます。

かかりつけ医での定期検査は「○」の時に、手術病院では「●」の時に受けてください。また「◎」はかかりつけ医、手術病院どちらに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、手術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。

なお、大腸がん以外のがん（胃がん、肺がん、肝がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけ医の先生に診ていただくか、地域の健康診断などをご自身で必ず受けてください。

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かまいません。ご飯に戻した場合は、よく噛んで食べることを心がけてください。
　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ほうが良いでしょう。

② 基本的に食事内容に制限はありませんが、偏った食事や暴飲・暴食・早食いは避け、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。

≪例≫ごぼう、きのこ類、こんにゃく、海藻類、セロリ、たけのこ、はす、つけもの、れんこんなど

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

② 排便の異常

大腸の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」や「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 回以上になることもあります。
　また、2～3 日おきに排便があるが、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ることです。手術の影響であり時間がかかりますが、徐々に排便回数は減ってきます。
「下痢」は大腸での水分の吸収力の低下が主な原因です。
　また、抗がん剤を使用され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になることがあり、早急に医師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。かかりつけの医師に相談しましょう。

3）内服薬について

薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。

下剤は排便状況をみ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、生活リズムを手術前の様に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医師に確認し、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。

体に無理な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。

③ 入浴について

入浴しても大丈夫です。おなかのキズは平気？と心配されると思いますが、キズはしっかりついていますので水は入りません。また、キズ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

退院後は、1ヶ月すれば無理がない程度なら良いでしょう。必ず医師に相談してください。

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、医師に相談してください。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）のついて

タバコはおなかの血液の流れを悪くし、おなか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、医師に相談してください。

⑦ 定期受診について

退院後は、自分の体の状態を知るためにも受診をしましょう。また、定期検査の結果から、無症状の状態で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がけてください。何か心配なことがありましたら、外来日に医師や看護師にお尋ねください。

5）腸閉塞について

腹部の手術後、腸と腹壁、腸どうし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つまった状態を腸閉塞といいます。

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。腹痛の特徴としては、時々差し込むような痛みと腹痛を感じないときが 10 分程度の間に周期的に何回もくるのが特徴です。特に痛みが強いときは、我慢せずかかりつけ医の先生に連絡を取り、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 食の絶食で改善することもありますが、症状が強い場合・持続する場合にはかかりつけ医を受診、指示に従ってください。

6）緊急時の連絡について

通常の診療時間内は、まずかかりつけ医にご連絡ください。

1　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いたします。

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

①Stage 0

切除断端にがんが陰性であれば、再発は認めなかった。

②Stage 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、結腸がんで5.0%、直腸がんで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。

③Stage Ⅱ、Stage Ⅲa、Stage Ⅲb

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StageⅢおよびStage Ⅱhigh risk症例に行っております。

一般的には抗がん剤を６ヶ月行っていただいております。

大腸癌研究会による大腸癌治療ガイドライン2009年版から、術後フォローアップスケジュールを抜粋いたしました。

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。

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・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。

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。

この手帳の使い方について

1） 患者さんは手帳を受け取ったら、3ページのお名前、かかりつけ医、かかりつけ薬局及び4ページの各項目の記入をお願いします。

2） 患者さんは、受診の前に 11 ページ以降の通信欄の上半分に症状などを記入して下さい。

3） 手術病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に5ページ・6ページの記載をお願いします。

4） かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、通信欄の下半分に検査結果、臨床所見などを記入して下さい。

a） 簡単な記載で結構です。（問題あり・なし程度）
b） 問題があり、書き切れない場合や、かかりつけ医／専門病院で伝達が必要な場合は、各通信欄の【コメント欄】にその内容を記載するか、診療情報提供書の発行をお願いします。

５大がん地域連携パス懇談会