

膵がんのサーベイランス

| 次回受診予定                                         |                                                             | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 受 診 日                                          |                                                             | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                       | 年 月 日                                                     |
| 診<br>察<br>所<br>見<br>（<br>医<br>師<br>記<br>載<br>） | 実 施 検 査                                                     | <input type="checkbox"/> MRCP<br>(      年      月      日 )   | <input type="checkbox"/> MRCP<br>(      年      月      日 )   | <input type="checkbox"/> MRCP<br>(      年      月      日 )   | <input type="checkbox"/> MRCP<br>(      年      月      日 )   | <input type="checkbox"/> MRCP<br>(      年      月      日 ) |
|                                                |                                                             | <input type="checkbox"/> EUS<br>(      年      月      日 )    | <input type="checkbox"/> EUS<br>(      年      月      日 )    | <input type="checkbox"/> EUS<br>(      年      月      日 )    | <input type="checkbox"/> EUS<br>(      年      月      日 )    | <input type="checkbox"/> EUS<br>(      年      月      日 )  |
|                                                | 所見記載欄                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                           |
|                                                |                                                             | 医師サイン (                      )                              | 医師サイン (                      )                              | 医師サイン (                      )                              | 医師サイン (                      )                              | 医師サイン (                      )                            |
| 医療費区分                                          | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 |                                                           |
| 備 考<br>(血縁者の情報を医療者と)<br>(共有し、相談しましょう)          |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                           |