

卵巣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 察 所 見 (医 師 記 載) | 実施検査 | <input type="checkbox"/> 経腔エコー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー CA125 (U/ml) | <input type="checkbox"/> 経腔エコー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー CA125 (U/ml) | <input type="checkbox"/> 経腔エコー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー CA125 (U/ml) | <input type="checkbox"/> 経腔エコー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー CA125 (U/ml) | <input type="checkbox"/> 経腔エコー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー CA125 (U/ml) |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療 |
| 備 考 (血縁者の情報を医療者と共有し、相談しましょう) | | | | | | |