卵巣がんのサーベイランス

次回受診予定		年	月	\Box	年	月	\Box	年	月	\Box	年	月	\Box	年	月	
	受診日	年	月	В	年	月	В	年	月	В	年	月	В	年	月	
診察所見(医師記載)		□経腟エコー			□ 経腟エコー			□ 経腟エコー			□ 経腟エコー			□ 経腟エコー		
	実施検査	│ │ □ 腫瘍マーカー │ CA125	-		□ 腫瘍マーカ- CA125	_		□ 腫瘍マーカ- CA125	_		□ 腫瘍マーカーCA125	_		□ 腫瘍マーカ- CA125	_	
		(U/ml)	(U/ml)	(U/ml)	(U/ml)	(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()
	医療費区分	□保険診療	□自費	影療	□保険診療		費診療	□保険診療		費診療	□保険診療	□自費	影療	□保険診療	□自勢	影療
(血縁	備 考 ・者の情報を医療者と うし、相談しましょう															

52 53