

【患者さま用】 自己チェックシート(大腸がん地域連携パス)

患者氏名	
------	--

* 症状があれば欄に”レ”印を付けて下さい

区分	チェック項目												術後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	年 ヶ月日
症状	食事が食べれない日が続いている												
	体重が5kg/月以上増減した												
	創部がふくらんでいる												
	下血がある												
	おなかがはる												
	便秘												
	下痢												
	便漏れがある												
	排便回数(回/日)												
その他													