

肺がん術後 地域連携診療計画書(術後1年6ヶ月～5年)

患者氏名: _____ 様(_____ 年 _____ 月 _____ 日生)
 手術日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画策定病院:長崎医療センター 呼吸器外科 主治医: _____
 連携医療機関: _____ 主治医: _____

術後経過		1年6ヶ月目	2年目	2年6ヶ月目	3年目	3年6ヶ月目	4年目	5年目	
施設		かかりつけ医or 長崎医療センター	かかりつけ医or 長崎医療センター	かかりつけ医or 長崎医療センター	かかりつけ医or 長崎医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医or 長崎医療センター	かかりつけ医or 長崎医療センター	
受診日(目安)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
受診日(確定)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
診察		○	○	○	○	○	○	○	
診察・検査	血液検査	<input type="checkbox"/> 白血球	<input type="checkbox"/> 白血球	<input type="checkbox"/> 白血球	<input type="checkbox"/> 白血球	<input type="checkbox"/> 白血球	<input type="checkbox"/> 白血球	<input type="checkbox"/> 白血球	
		<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> ヘモグロビン	
		<input type="checkbox"/> 血小板	<input type="checkbox"/> 血小板	<input type="checkbox"/> 血小板	<input type="checkbox"/> 血小板	<input type="checkbox"/> 血小板	<input type="checkbox"/> 血小板	<input type="checkbox"/> 血小板	
		<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	
		<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> AST	
		<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> ALT	
		<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> LDH	
		<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	<input type="checkbox"/> Cre	
		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA, Cyfra)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 胸部X線	<input type="checkbox"/> 胸部X線	
	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> 胸部CT	
	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> 頭部MRI)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> 頭部MRI)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> 頭部MRI)	(<input type="checkbox"/> 頭部MRI)	(<input type="checkbox"/> 頭部MRI)	
	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> PET/CTか骨シンチ)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> PET/CTか骨シンチ)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> PET/CTか骨シンチ)	(<input type="checkbox"/> PET/CTか骨シンチ)	(<input type="checkbox"/> PET/CTか骨シンチ)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
身体所見									
目標	術後合併症がない								
	がんの再発がない								
バリエーション	術後合併症の発生								
	がんの再発								
連絡事項									