

地域連携診療計画書(肺がん術後)

●手術病院で施行
○かかりつけ機関で施行
◎必要に応じて行います

連携元の担当医は患者さんに渡す前に、治療・検査の予定を記入して下さい

診療内容	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)をみます	○	●	○	●	○	●	◎	●	◎	●	◎	●	◎	●	◎	●	◎	●	◎	●
レントゲン(肺に異常が無いかをみます)	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎	○
胸部CT(肺、縦隔の転移の有無をみます)		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●
腹部CTor超音波(上層部の転移の有無をみます)		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●
その他の検査()																				
投薬																				
説明																				
その他	特別な事は通信欄に記入します(記入した日付をいれます)																			

定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します

※省略可能