肺がん連携計画書　埼玉医科大学総合医療センター

●:手術を受けた病院　○:かかりつけ医療機関

診療内容		手術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年	1年2ヶ月	1年4ヶ月	1年6ヶ月	1年8ヶ月	1年10ヶ月
		年月日	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します		●	●	●	○	○	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します		●	●	●	○	○	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
検査	血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)をみます		●	●	●	○	○	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
検査	レントゲン(胸に異常が無いかをみます)		●	●	●	○	○	●	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
検査	胸部・腹部CT(肺、縦隔、上腹部の転移の有無をみます)							●	○	○	○	○	○	●					
検査	骨シンチ(骨転移の有無をみます)							●						●					
検査	脳MRI(脳転移の有無をみます)							●						●					
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します																		
説明	(特別な)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)		／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／

診療内容		手術後	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年4ヶ月	3年8ヶ月	4年	4年4ヶ月	4年8ヶ月	5年		
		年月日	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／	年 ／
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します		●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●		
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します		●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●		
検査	血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)をみます		●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●		
検査	レントゲン(胸に異常が無いかをみます)		●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●		
検査	胸部・腹部CT(肺、縦隔、上腹部の転移の有無をみます)		●				●			●			●		
検査	骨シンチ(骨転移の有無をみます)		●												
検査	脳MRI(脳転移の有無をみます)		●												
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します														
説明	(特別な)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)		／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／