

- 手術前医院で施行
- かかりつけ機関で施行
- ◎ 必要に依りて行います

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ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	1年	1年 3ヵ月	1年 6ヵ月	1年 9ヵ月	2年	2年 3ヵ月	2年 6ヵ月	2年 9ヵ月	3年	3年 3ヵ月	3年 6ヵ月	3年 9ヵ月	4年	4年 3ヵ月	4年 6ヵ月	4年 9ヵ月	5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。																				
	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CT(腹腔内の転移の有無を みます)																				
	その他の検査	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
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)																				