

地域連携診療計画書(経口化学療法)

- 基幹病院/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

基幹病院 / 手術病院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		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
		/	/	/	/	/	/	/	/	/
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(肺に異常がないかをみます)									
	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)			●			●			●
	頭部MRI(脳に異常がないかをみます)						●			
	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)	/	/	/	/	/	/	/	/	/

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		●			●			●			●			●	
		●			●			●			●			●	
		●													
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/