

地域連携パス



宮 崎 県



宮崎県地域連携パスとは

- 1.宮崎県地域連携パスとは、あなたと地域のかかりつけ医とがん治療の基幹病院/手術病院の医師が、あなたの治療経過を共有できるパスのことです。
- 2.このパスを活用することで、県内の多くの医療機関が協力し、患者さんの視点にたった安心で質の高い医療を提供することを目指しています。
- 3.本パスの活用により、患者さんにとっても医療機関にとっても、治療計画や患者さんの状態の把握が容易となり、待ち時間や通院時間の短縮、さらには患者さんの不安の解消にも役立つものと考えています。
- 4.肺がんの手術を受けられた方は、5年間を目標として定期的に通院していただき、定期検査と診察を受ける必要があります。この冊子の9, 10ページ目に地域連携診療計画書として定期検査の内容をまとめました。
- 5.肺がん以外のがんは検査の対象外となります。
人間ドックや、居住する自治体が実施する健康診断を利用し、必ず受けてください。

※ここでの『かかりつけ医』とは、本来のかかりつけ医のみならず、地域連携パスの連携施設も含みます。

宮崎県地域連携パスを用いた診療の流れ



宮崎県地域連携パスとお薬手帳を持っていれば安心です

宮崎県地域連携パスの使い方について

1. 基幹病院/手術病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分について記入してください。

a) 7 ページの手術記録

b) 8 ページの特記事項

★ 37 ページから 40 ページは自由にご利用ください。

2. 患者さんは初めてパスを受け取ったら、下記の部分についてご記入ください。

a) 5, 6 ページの各項目

3. 9 ページ以降の記入は患者さんと医師が共同で行います。

医療機関を受診されるときは「パス」の携帯をお願いします。

患者さんは診察前にあらかじめ受診の日付と症状などを記入してください

医師は診察結果のチェックとサイン、必要に応じてコメントの記入や診療情報提供書の発行をお願いします。

かかりつけ医、基幹病院/手術病院の役割

1. かかりつけ医

日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当します。

がんや、がん以外にお持ちの病気の診療を担当します。

おもに、

1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など

2) 定期的なお薬の処方

3) 痛みや吐き気などの各種症状の診察と治療

などのかかりつけ医の先生が行います。

2. 基幹病院 / 手術病院

年に何回か病院に通院していただき、精密検査と診察を行います。

精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査などがあります。検査結果は、連携パスに記載して、かかりつけ医に報告します。

また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります。

お名前				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
身長	cm	体重	kg	
住所				
電話番号		携帯電話		

緊急連絡先(1)家族名(続柄)	
住所	
電話番号	携帯電話
緊急連絡先(2)家族名(続柄)	
住所	
電話番号	携帯電話

かかりつけ医
病・医院名
医師名
住所
電話番号
基幹病院/手術病院
病院名
科名
ID番号
担当医(外来主治医)
住所
電話番号
保険薬局
住所
電話番号

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー(薬、食べ物等)

内服薬(お薬手帳がある時は記入不要)

記載者

■手術記録

病名								
手術日	年		月		日			
術式								
組織型								
病理病期	T=		N=		M=			
	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	

■手術記録

病名								
手術日	年		月		日			
術式								
組織型								
病理病期	T=		N=		M=			
	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	

■手術記録

病名								
手術日	年		月		日			
術式								
組織型								
病理病期	T=		N=		M=			
	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	

■術前治療

内容(レジメン名・薬剤名・投与量、回数、内服／注射 など)		

期間	年 月 日～	年 月 日

■術後補助化学療法

内容(レジメン名・薬剤名・投与量、回数、内服／注射 など)		

期間	年 月 日～	年 月 日

■特記事項（遺伝子や分子解析のプロファイル情報等）

- 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

[illegible]

治療開始後0.5ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後1ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後2ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後4ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後5ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後1年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後1年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後1年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後1年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後2年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後2年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後2年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後2年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後3年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後3年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後3年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後3年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後4年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後4年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後4年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後4年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

治療開始後5年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見			<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査(	)	(	月	日) <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見			<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
胸部レントゲン	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(	月	日)	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査(	)	(	月	日) <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

次回受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

通信欄

(かかりつけ医→基幹病院 / 手術病院)

[illegible]

通信欄

(基幹病院 / 手術病院→かかりつけ医)

[illegible]

通信欄

(かかりつけ医→基幹病院 / 手術病院)

[illegible]

通信欄

(基幹病院 / 手術病院→かかりつけ医)

[illegible]

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆深呼吸を習慣にしましょう

肺の柔軟性を保つため、深呼吸（腹式呼吸）を引き続き行ってください。

息苦しくなった時は、あせらずゆっくりと深呼吸をしてください。それでも良くならないときは早めに受診してください。

◆かぜの予防をしましょう

手術後の肺は感染しやすいので、人ごみや換気の悪い場所は避けてください。

外出時はマスクをし、手洗い・うがいをしっかり行ってください。

香料や塗料のガス、噴霧クリーナーなどの刺激物も避けるようにしてください。

37.5度以上の熱が続くようであれば、早めに受診してください。

◆身体の休息・運動

日常生活は普通に行ってかまいません。規則正しい生活リズムを守りましょう。

残った肺の健康のために、タバコはやめましょう。

タバコを続けると再発の危険や、肺炎を起こして重篤な状態になる事があります。

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆痛みについて

咳やくしゃみをした時に肋骨にそった鈍い痛みが1年前後続きますが、徐々に軽減してきます。

痛み止めのお薬は決められた用法・用量を守って飲んでください。痛み止めの座薬を使う場合は、1日3回まで6時間以上あけて使ってください。

◆定期検診について

再診・定期健診は、今後の健康維持と再発のため、必ず受診しましょう。

◆その他

不安なことや分からないことがありましたら医師・看護師にご相談ください。

緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、基幹病院/手術病院（電話番号は5ページにあります）までご連絡ください。

宮崎県地域連携パス(術後経過観察)について

肺がんの術後は定期的な通院と、呼吸機能の早期回復が重要です。宮崎県では、手術を受けられた方に安心して治療・通院を受けていただけるように地域をあげて取り組んでいます。2ページ目に示されているのは標準的な治療・通院の流れです。皆様の個々の状態により多少の違いはありますが、かかりつけ医までを含めた複数の医療機関で医療情報を共有し、切れ目のない治療を継続して参ります。十分な機能回復が果たせますように、医療者のみならず手術を受けられた方・ご家族の方々のご理解・ご協力をお願いします。

宮崎県地域連携パスの利点

- ・主治医が複数になると考える事ができます。
- ・異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めるでしょう。
- ・病院や診療所の混雑が解消される効果も望めるでしょう。

このパスを利用することで、患者さんやご家族のお話をもっとうかがえるようになるものと考えています。

また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携パスを持参すれば治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。

宮崎県地域連携パスの利用

私たちは、宮崎県地域連携パスを利用することが患者さんの医療生活や診療方針に役立つと考える場合、利用をお勧めしています。関係する医療機関、患者さんやご家族と相談しながら運用を進めます。使用中の変更・中止の申し出にも応じます。

メモ

相談への対応について

こんな時、お気軽にご相談下さい

がんと診断
されて不安

セカンドオピニオンは
どうやって
受けたいの？

仕事は
どうしたら
いいのだろう

がん治療の
ことについて
聞きたい

今後の生活が
不安

主治医から
説明を受けたが
難しくて
よくわからない

治療による
副作用が心配

医療費は
どのくらい
かかるのか

主治医に
上手く思いを
伝えられない

家族が
がんになったけど
私にできることは？

★その他、気がかりなこと等、遠慮なくご相談下さい

Q. 利用方法・利用料金は？

A. 主に電話と面談による相談ができます。

面談をご希望の場合は、予約制を取っている病院もあります。
まずはお問い合わせください。利用料金は無料です。

Q. 相談したことは
主治医や家族に報告されるの？

A. 相談者のプライバシーは厳守されます。

内容によって、主治医やご家族に伝えたほうが良いと思われる場合は、
相談者の同意を得てからお伝えします。

宮崎県のがん相談支援センター

宮崎大学医学部附属病院

(電話) 0985-85-1909

(対応時間) 月～金 9:00～16:00【祝祭日を除く】

独立行政法人国立病院機構 都城医療センター

(電話) 0986-23-4111

(対応時間) 月～金 8:30～17:15【祝祭日を除く】

宮崎県立宮崎病院

(電話) 0985-38-4107

(対応時間) 月～金 9:30～16:15【祝祭日を除く】

宮崎県立日南病院

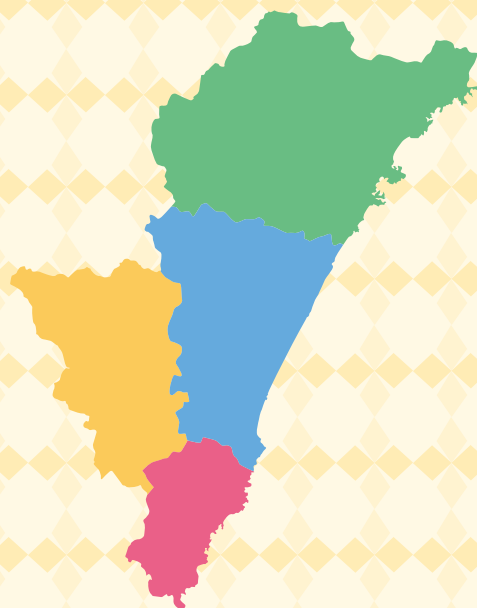
(電話) 0987-23-3156

(対応時間) 月～金 9:00～15:50【祝祭日を除く】

宮崎県立延岡病院

(電話) 0982-32-6181【代表】

(対応時間) 月～金 9:00～16:00【祝祭日を除く】



ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

この手帳について

宮崎県がん診療連携協議会 事務担当

TEL.0985-85-9758

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200
宮崎大学医学部附属病院内

その他のことについて

宮崎県福祉保健部健康増進課

TEL.0985-26-7079

〒880-8501 宮崎県宮崎市橘通東 2-10-1