

地域連携診療計画書（肺がん術後）

●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

年 月 日

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		0.5ヶ月	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1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)	／	／	／	／	／	／	／	／	／
予防接種	インフルエンザ									
	肺炎球菌(接種した日付を入れてください)	／	／	／	／	／	／	／	／	／

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
／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／