

三島圏域がん地域連携クリティカルパス  
肺がん術後連携診療計画書(医療者用)(術後から1年半)

患者ID:	氏名:	生年月日:	性別:	手術日: 年 月 日
-------	-----	-------	-----	------------

大阪医科薬科大学病院

術後		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	
施設		連携施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	大阪医科薬科大学病院	
診察・検査	受診日(目安)	/	/	/	/	/	/	
	受診日(確定)	/	/	/	/	/	/	
	診察	○	○	○	○	○	○	
	血液検査	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )
		□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )
		□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )
		□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )
		□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )
		□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )
		□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )
腫瘍マーカー	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )		
画像検査		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		
連携 連絡		<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;">                 ※大阪医科薬科大学病院は6ヶ月毎に受診 再発等の場合、大阪医科薬科大学病院に連絡             </div>						
目標	がんの再発がない							
	安定した生活状況である							
バリエーション	がんの再発							
	その他( )							
自覚症状	息苦しさがある	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	咳が出る	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	血が混じった痰がある	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	発熱	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	その他( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	

患者ID:	氏名:	生年月日:	性別:	手術日: 年 月 日
-------	-----	-------	-----	------------

術後		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	
施設		連携施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	
診察・検査	受診日(目安)	/	/	/	/	/	/	/	
	受診日(確定)	/	/	/	/	/	/	/	
	診察	○	○	○	○	○	○	○	
	血液検査	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )	□WBC ( )
		□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )	□好中球 ( )
		□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )	□血小板 ( )
		□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )	□T-Bil ( )
		□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )	□GOT ( )
		□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )	□GPT ( )
		□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )	□Cr. ( )
腫瘍マーカー	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )	□CEA ( )		
画像検査		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)			
連携 連絡		※大阪医科薬科大学病院は6ヶ月毎に受診 再発等の場合、大阪医科薬科大学病院に連絡							
目標	がんの再発がない								
	安定した生活状況である								
バリエーション	がんの再発								
	その他( )								
自覚症状	息苦しさがある	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	咳が出る	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	血が混じった痰がある	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
	発熱	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	
	その他( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	□なし □あり( )	

三島圏域がん地域連携クリティカルパス

肺がん術後連携診療計画書(医療者用)(3年3ヶ月から5年)

患者ID:	氏名:	生年月日:	性別:	手術日: 年 月 日
-------	-----	-------	-----	------------

大阪医科薬科大学病院

術後	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
施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	大阪医科薬科大学病院	連携施設	大阪医科薬科大学病院
受診日(目安)	/	/	/	/	/	/	/
受診日(確定)	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○
血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )	<input type="checkbox"/> WBC ( )
	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )	<input type="checkbox"/> 好中球 ( )
	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )	<input type="checkbox"/> 血小板 ( )
	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )	<input type="checkbox"/> T-Bil ( )
	<input type="checkbox"/> GOT ( )	<input type="checkbox"/> GOT ( )	<input type="checkbox"/> GOT ( )	<input type="checkbox"/> GOT ( )	<input type="checkbox"/> GOT ( )	<input type="checkbox"/> GOT ( )	<input type="checkbox"/> GOT ( )
	<input type="checkbox"/> GPT ( )	<input type="checkbox"/> GPT ( )	<input type="checkbox"/> GPT ( )	<input type="checkbox"/> GPT ( )	<input type="checkbox"/> GPT ( )	<input type="checkbox"/> GPT ( )	<input type="checkbox"/> GPT ( )
	<input type="checkbox"/> Cr. ( )	<input type="checkbox"/> Cr. ( )	<input type="checkbox"/> Cr. ( )	<input type="checkbox"/> Cr. ( )	<input type="checkbox"/> Cr. ( )	<input type="checkbox"/> Cr. ( )	<input type="checkbox"/> Cr. ( )
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )	<input type="checkbox"/> CEA ( )
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月~12ヶ月に実施予定)

連携 連絡 ※大阪医科薬科大学病院は6ヶ月毎に受診 再発等の場合、大阪医科薬科大学病院に連絡

目標	がんの再発がない						
	安定した生活状況である						
バリエーション	がんの再発						
	その他( )						
自覚症状	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	咳が出る	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	血が混じった痰がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	その他( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )