

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
-------	-----	-------	-----	------------

大阪医科大学附属病院

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	大阪医科大学附属病院	連携施設	大阪医科大学附属病院	連携施設	大阪医科大学附属病院	
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		※大阪医科大学附属病院は6ヶ月毎に受診 再発等の場合、大阪医科大学附属病院に連絡						
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()	
	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	大阪医科大学附属病院	連携施設	大阪医科大学附属病院	連携施設	大阪医科大学附属病院	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		※大阪医科大学附属病院は6ヶ月毎に受診 再発等の場合、大阪医科大学附属病院に連絡							
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
-------	-----	-------	-----	------------

大阪医科大学附属病院

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	大阪医科大学附属病院	連携施設	大阪医科大学附属病院	連携施設	大阪医科大学附属病院	連携施設	大阪医科大学附属病院
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 ※大阪医科大学附属病院は6ヶ月毎に受診 再発等の場合、大阪医科大学附属病院に連絡

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()