

地域連携診療計画書（肺がん術後）

術後経過 (年月)						1年			
		3 か 月	6 か 月	9 か 月		3 か 月	6 か 月	9 か 月	
診療内容									
受診予定日									
手術日 20 年 月 日		/	/	/	/	/	/	/	/
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	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部X線：肺 に異常が無い かをみます	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部CT：肺、 縦隔の転移の 有無をみます		●			●		●	
	その他の検査 (1)	○	○	○	○	○	○	○	○
	その他の検査 (2)	○	○	○	○	○	○	○	○
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	診療情報の説 明	○	○	○	○	○	○	○	○

●は連携元病院などで行う。○は原則としてかかりつけ医で行う。
 ○●:必要に応じて行う。実施施設は担当医と相談して決める。

2年	3年			4年			5年			
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
●		●		●		●		●		●
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○