

肺がん術後地域連携パス(治療計画書)

★ 計画策定病院
(大崎市民病院)

□ 連携医療機関
(かかりつけ医)

○ 必須項目
▲ 必要時実施項目

患者情報

大崎市民病院ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別	
生年月日	

術後	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★				
	30日	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	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	
受診予定日 (年)																						
(月日)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

手術情報

病名	
手術日	
術式	左・右
リンパ節郭清	<input type="checkbox"/> ND1a <input type="checkbox"/> ND1b <input type="checkbox"/> ND2a-1 <input type="checkbox"/> ND2a-2 <input type="checkbox"/> ND2b
病理所見	<input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 大細胞癌 <input type="checkbox"/> その他
	pT N M Stage

診察	問診	痛みの有無	発熱	咳の有無	一般的診察での異常	聴診	呼吸音の確認	触診	リンパ節の腫大の有無													
		○	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血	肝機能, 腎機能		腫瘍マーカー (CEA, SLX, SCC, SYFRA, 1CTP)		胸部レントゲン		検査		胸部CT	脳MRI												
	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○

その他

--

備考 治療計画は現時点のものであり、患者さんの病状によって変わる場合があります。

計画策定病院／大崎市民病院呼吸器外科
説明日:平成 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。 平成 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)

かかりつけ医:
説明日:平成 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。 平成 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)