地域連携診療計画書（肺がん術後）

●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。

		3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	1年	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	2年	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	3年	3か月	6か月	9か月	4年	3か月	6か月	9か月	5年
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	○			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○	○	○	○	○	○	○	○	○