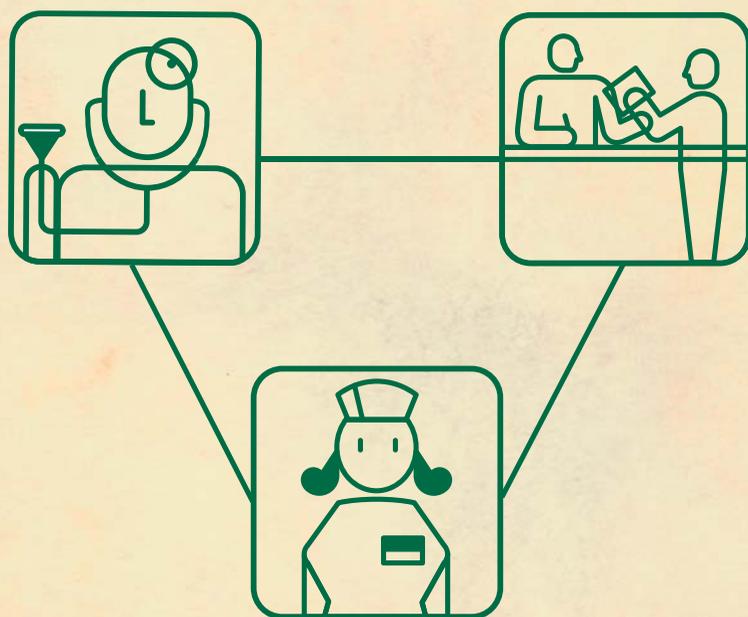
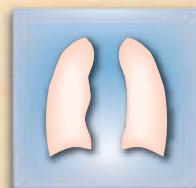


千葉県がん地域連携パス

(診療計画表、診療経過表)



千葉県がん診療連携協議会
地域連携クリティカルパス部会
肺がんグループ



メ モ

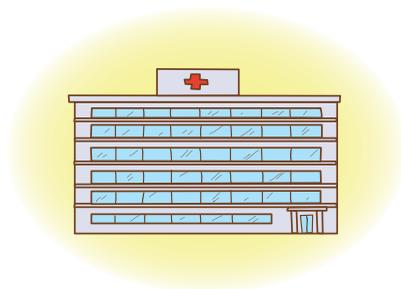


● 地域連携クリティカルパスについて	2
● 手帳の使い方	3
● 定期検診の検査と必要性	4
● 術後の注意	5
● 患者さん基本情報	6
● 診療計画表、役割分担表	8
● 診療経過（連携医情報）	12
● 診療経過（専門病院情報）	32

地域連携クリティカルパスについて

地域連携クリティカルパスは、がんの診断、治療、定期的な検査などの診療を、複数の医療機関（専門病院と地域のかかりつけ連携診療所、病院）が役割を分担し、連携、協力して患者さんの自宅近くで質の高い医療を受けられるようにするためのものです。このため専門病院の主治医と、かかりつけの連携医が緊密に連携を取り合い、検査の時期やどのような検査をどちらの医療機関がやるかを、役割分担を決めて診療します。

患者さんのメリットとしては、県内どこでも質の高い医療が自宅の近くでできるようにになります。また、専門病院の外来を軽減することにより待ち時間を減らし、地域のかかりつけ連携医の参加も促します。互いの医師が同じ情報を共有することで、連携も深まり無駄な検査を減らし、急変にもすぐに対応できる体制を整えることができます。



手帳の使い方

検査は専門病院の行うものと、地域かかりつけ医（連携医）の行うものがありますので、記載されている表を参照し、定期的に検査を受けてください。何か変わったことがあったら、予定の検診日でなくても早目に受診して下さい。

病院に行くときはこの患者手帳は必ず持参しましょう。



定期検診の検査と必要性

この手帳は肺がん術後病期ⅠA期の患者さん用に作られたものです。

定期検査では次のような検査、診察がありますが、あらかじめ受診前に前回から今回の受診の間に起こった変化（咳、痰、食欲、呼吸苦、痛み、その他）に自分で○を付けてください。

診察では、呼吸音やリンパ節の腫脹、などを主に診ます。

その次にはレントゲン検査、採血検査（腫瘍マーカー）CT検査などがあります。

また、かかりつけ連携医で診てもらっている、高血圧、糖尿病その他の疾患についての検査、診察もあります。

肺がんは術後6カ月が最も再発の危険性が高くこれが第1ハードルとなります。次は2年までで、これまでに再発しなければ80%は再発しないといわれています。最後は5年ですが、この後は第2がんの発生に気をつけなければなりません。手術が終わったからと言って再発の危険性は残っていますので、必ず外来受診はしてください。



術後の注意

- 1、規則正しい生活をしましょう
- 2、食事はバランス良く、なんでも食べましょう。
- 3、風邪をひかないように、人込みは避け体力を消耗しないようにしましょう。
- 4、適度の運動（術後 1 カ月は 5 分から 10 分の散歩程度）をしましょう。
- 5、深呼吸、腹式呼吸を続けましょう
- 6、汚い空気の所や**たばこ**は絶対避けてください。
- 7、痛み止めも徐々に減らしましょう。飲みすぎると胃に負担がかかります。
- 8、お酒は控えめに
- 9、以下の症状があったら、すぐにかかりつけ連携医または受け持ち医（専門病院）に連絡を取ってください。

血痰、発熱（38 度以上が 2 日以上続く時）、咳痰が止まらない、皮下気腫*が急にできた、呼吸が苦しい、新たな痛み、手足の運動障害、吐き気、頭痛、

*：首や胸が空気で腫れた状態

患者さん基本情報

患者イニシアル _____ 生年月日 _____ 年 月 日

年齢 _____ 才 性別 _____ 男性 女性

腫瘍径 _____ X _____ X mm

病理病期 (_____)

T _____

N _____

M _____



組織型

腺がん、 扁平上皮がん、 大細胞がん 小細胞がん

その他

腫瘍マーカー (陽性のものに○)

CEA () CA-125(), CA-199 (), SCC (), NSE (),

Pro-GRP (), CYFRA ()

EGFR 変異 (陽性 陰性)

手術日 _____ 年 月 日

術式 _____

専門病院名 _____

☎() —

担当医 _____

かかりつけ医、連携病院 _____

☎() —

パス開始日 _____ 年 月 日

現病歴

アレルギー歴 _____

喫煙指数 _____

職業歴 _____

管理中の疾患 _____

既往歴

診療計画表，役割分担表

検査項目 \ 日時	2週～1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
検査日	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
レントゲン	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)
腫瘍マーカー	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)
胸部CT			(○)			(○)
脳MRI						
骨スキャン						
PET						
内視鏡、その他						

カッコ（ ）は検査の目安です。それぞれの**医療機関**と**かかりつけ医**で相談してどちらがその検査を受け持つか、決めてください。

決まりましたら

- かかりつけ連携医、
- 専門病院

どちらかの印をカッコ内に入れてください。

これよりもっと頻繁に行う場合には○を追加して記入してください。

脳MRI、骨スキャン、PET、内視鏡、その他の検査は必要に応じて 専門医で検査します。

診療計画表，役割分担表

検査項目 \ 日時	8ヶ月	10ヶ月	12ヶ月	15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月	24ヶ月
検査日	年月	年月	年月	年月	年月	年月	年月
レントゲン	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)
腫瘍マーカー	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)
胸部CT			(○)			(○)	(○)
脳MRI							
骨スキャン							
PET							
内視鏡、その他							

検査項目 \ 日時	30ヶ月	36ヶ月	42ヶ月	48ヶ月	54ヶ月	60ヶ月
検査日	年月	年月	年月	年月	年月	年月
レントゲン	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)
腫瘍マーカー	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)	(○)
胸部CT		(○)		(○)		(○)
脳MRI						
骨スキャン						
PET						
内視鏡、その他						

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

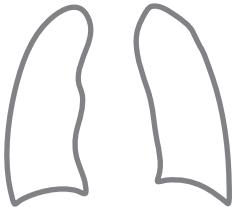
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ ℃

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

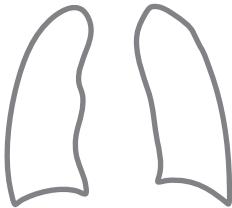
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

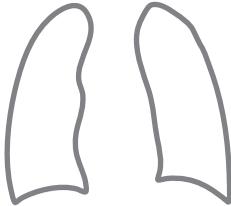
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 _____ 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

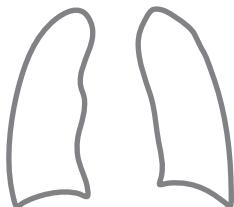
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

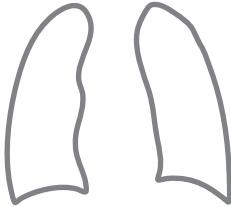
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ ℃

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

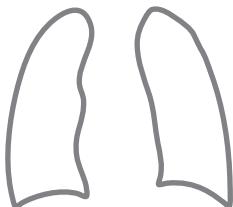
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ ℃

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

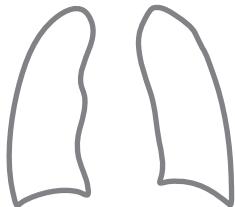
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

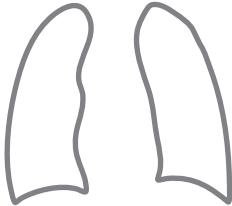
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 _____ 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし _____ あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

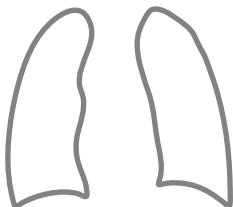
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

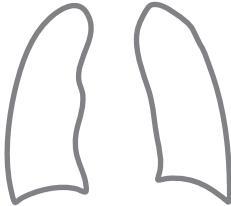
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 _____ 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし _____ あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

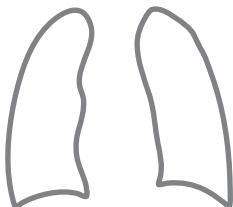
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ ℃

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 _____ 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ヶ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

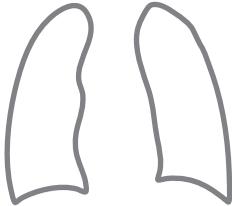
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

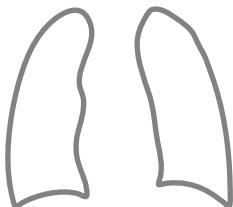
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ ℃

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

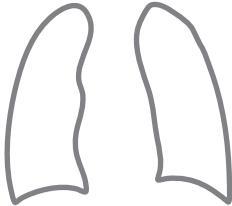
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

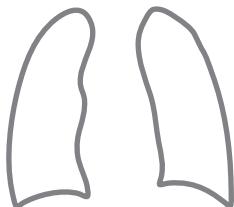
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ ℃

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

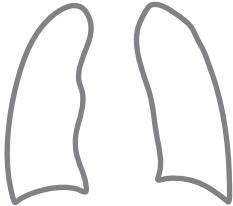
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

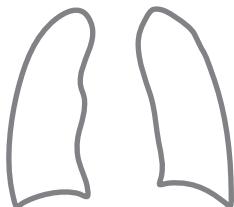
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ ℃

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過 かかりつけ連携医

ケ月日
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

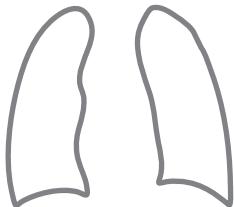
食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： 部位 _____）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ _____ ）

血圧（ _____ / _____ ） 体温 _____ °C

胸部レントゲン（ 月 日） 所見



診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ _____ ） 雑音（なし あり）

その他の異常所見（ _____ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

（術前マーカー陰性例は不要ですがCEAは陰性でもなるべく測ってください）

その他 現在治療中の疾患について

専門医への連絡事項

診療経過

専門病院

ヶ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ヶ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

C T所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ヶ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

C T所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ヶ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

C T所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ヶ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

診療経過

専門病院

ケ月目
(年 月 日)

患者さん情報（患者本人または看護師が記入）

咳（あり、なし） 痰（あり、なし） 痰の色（赤、白、黄緑、その他）

食欲（あり、なし） 胸痛（あり、なし： ）

呼吸苦（あり、なし） 禁煙（している、していない）

その他（ ）

血圧（ / ） 体温 ℃

診察所見

眼瞼結膜（黄疸、貧血）

鎖骨上窩リンパ節（正常 腫脹 右、左）

呼吸音 正常 異常（ ） 雑音（なし あり）

異常所見（ ）

腫瘍マーカー値

CEA, _____

その他 _____

CT所見

その他の検査所見（骨スキャン、脳MRI、PET）

かかりつけ医への連絡事項

再発（有、無） 再発部位（ ）

メ モ

メ モ

この手帳を拾得された方は
下記へご連絡ください



■ 専門病院医療連携室

☎ () -

■ かかりつけ連携病院

☎ () -

連携パスID番号

専門病院

連携ID 肺がん (I)