

UFT

肺がん治療に関する連携計画書 (医療者用)

患者氏名: _____ 様

計画策定病院(A): ○○○○病院

担当医師:

連絡先:

連携医療機関(B): _____

担当医師:

連絡先:

(UFT内服による肺がん術後補助化学療法)

施設	○○○○病院	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	
退院後経過日時	～2週	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	8ヶ月	10ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	
受診日(予定)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
受診日(確定)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
診察・検査	血液検査	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	画像検査	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線 ・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	
症状など	食欲不振	・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	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	
	その他 (呼吸器症状など)	・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	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり	
目標	達成目標	術後障害を認めない 肺の再膨張が得られている					術前のADLに向上している					
	がんの再発がない	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず
バリエーション												
UFT	開始・休業・減量・再開 日時(/)	開始・休業・減量・再開 (/)	開始・休業・減量・再開 (/)	開始・休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)	休業・減量・再開 (/)
	補助化学療法薬(UFT) 1日投与量処方チェック	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)	1日 mg (分2・3)
	UFT内服	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている
	UFT副作用 *	・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()	・なし ・あり()	・なし ・あり()	・なし ・あり()	・なし ・あり()
	UFT内服	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている	・できている

● 必ず実施します 上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。

□ 必要に応じて実施します また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

* UFTの副作用

- | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|-------------|--------------------------|
| ① のどの痛み、発熱 | ② 出血(あざができる:紫色・赤色)、鼻血、歯ぐきの出血 | ③ めまい、たちくらみ | ④ からだがだるい | ⑤ しびれ、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れ |
| ⑥ 息切れ、息が苦しい、せき | ⑦ 吐きけ、食欲がない | ⑧ 下痢、腹痛、血便、淡黄色便 | ⑨ 口内炎 | ⑩ 目や皮膚が黄色い |
| ⑪ 胸が痛む、動悸、胸がしめつけられる感じ | ⑫ 顔や手足などがむくむ | ⑬ 尿量が減る、血尿、尿がにごる、黄褐色の尿 | ⑭ においを感じにくい | ⑮ 発疹、かゆみ、色素沈着、じんま疹、水疱 |
| ⑯ その他 | | | | |

UFT

肺がん治療に関する連携計画書 (医療者用)

患者氏名: _____ 様

計画策定病院(A): ○○○○病院 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関(B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

(UFT内服による肺がん術後補助化学療法)

施設	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	○○○○病院
退院後経過日時	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6ヶ月	4年	4年6ヶ月	5年	それ以降
受診日(予定)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受診日(確定)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察・検査	血液検査	●	●	□	□	●	□	●	□	●	□
	画像検査	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線	・胸部X線 ・胸腹部CT ・骨シンチ (PET-CTでも可) ・頭部MRI	・胸部X線
症状など	食欲不振	・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	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり
	その他 (呼吸器症状など)	・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	・なし ・あり	・なし ・あり	・なし ・あり
目標	達成目標	術前のADLに 向上している	安定した生活をしている								
	がんの再発がない	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず	・再発認めず
バリエーション											
UFT	開始・休業・減量・再開 日時(/)	休業・減量・再開 (/)									
	補助化学療法薬(UFT) 1日投与量処方チェック	1日 mg (分2・3)									
	UFT内服	・できている									
	UFT副作用 *	・なし ・あり()									

● 必ず実施します 上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 □ 必要に応じて実施します また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

- * UFTの副作用
- ① のどの痛み、発熱 ② 出血(あざができる:紫色・赤色)、鼻血、歯ぐきの出血 ③ めまい、たちくらみ ④ からだがだるい ⑤ しびれ、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れ
 - ⑥ 息切れ、息が苦しい、せき ⑦ 吐きけ、食欲がない ⑧ 下痢、腹痛、血便、淡黄色便 ⑨ 口内炎 ⑩ 口や目の粘膜のただれ ⑪ 目や皮膚が黄色い
 - ⑫ 胸が痛む、動悸、胸がしめつけられる感じ ⑬ 顔や手足などがむくむ⑭ 尿量が減る、血尿、尿がにごる、黄褐色の尿 ⑮ おいを感じにくい ⑯ 発疹、かゆみ、色素沈着、じんま疹、水疱 ⑰ その他