

肺がん術後汎用パス  
(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ期)

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: \_\_\_\_\_

(肺がん術後経過観察)

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	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医
退院後経過日時	～2週	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4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
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
血液検査	●		□	□	□	□	□	●	□	□	□
	腫瘍 マーカー	CEA その他( )	□	□	□	□	□	●	□	□	□
画像検査	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸部X線	・胸腹部CT	・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	・胸腹部CT	・胸部X線
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	・なし ・あり
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
その他											

● 必ず実施します

□ 必要に応じて実施します

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。また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査を行います。

施設	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医
退院後経過日時	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6ヶ月	5年	それ以降
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
血液検査	●	□	□	□	●	□	□	□	●	□	●	
	腫瘍 マーカー	CEA その他( )	□	□	□	●	□	□	●	□	●	
画像検査	・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	・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	・なし ・あり
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	・再発認めず
その他												

● 必ず実施します

□ 必要に応じて実施します

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期● 必ず実施します  
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査□ 必要に応じて実施します

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。また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査を行います。