

私のカルテ



連絡先メモ

お名前：

かかりつけ医：

担当医

(電話 — —)

手術担当病院：

担当医

(電話 — — 代表)

かかりつけ薬局：

(電話 — —)

肺がん術後(Stage I)-補助化学療法なし 地域連携クリニカルパス(地域連携診療計画書)【患者用】

連携パスとは

地域連携診療計画書(クリニカルパス、連携パス)とは、あなたとあなたの住む地域のかかりつけ医とがん治療を受けた病院の医師が、あなたの治療経過を共有するためのものです。この治療計画表を活用して、あなたの治療を続けます。

病状が安定しているときの日常の診療はかかりつけ医が受け持ち、専門的な治療や定期的な検査は病院が行いますので、日常の相談はまずかかりつけ医にご相談ください。そのときの必要に応じて病院を受診していただきます。

この連携パスを用いることで、病院と地域のかかりつけ医の双方が協力して、患者さんの視点に立った、安心できる質の高い医療を提供すること目標としています。また、長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担を減らして、患者さん自身の治療経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消を目指しています。

今回、手術から5年間にわたって、この連携パスを使ってこの病院の担当医とあなたのかかりつけ医が提携して診療していきます。あなたの医療情報と治療方針を共有して、質を確保しながら効率的な診療を続けていくことができると考えております。

- 症状が落ち着いた時からかかりつけ医で診察、血液検査など
日常の診療を受けます。
- 3~6ヶ月毎の節目に手術後の評価を病院で受けます。

この経過中にあなたの安全に備えて、救急対応・症状悪化などに対応できるような体制をつくっていきます。

なお、かかりつけ医の変更、連携の中止などご希望がありましたら最大限配慮させていただきます。

日常生活について

手術後にまだ痛みなどの症状が残っている方もありますが、日毎にその症状も回復してきます。特に神経痛のような圧迫されるような胸の痛みが半年から1年くらい続くことがあります。しかし、人によって程度の違いはありますが、通常次第に軽快していきますから安心してください。

① 日常生活

規則正しい生活を送りましょう。

② 運動

最初に始める運動は散歩やウォーキングからにしましょう。

仕事への復帰やはげしい運動（ゴルフ・ジョギングなど）は主治医と相談しましょう。また外来に来られたときにその都度相談しましょう。

③ 仕事

やがて軽い作業に従事できるようになりますが、職場復帰については主治医と相談しましょう。

④ 禁煙

今後の経過に影響しますので、せっかく止めたタバコはこのまま禁煙としましょう。

⑤ その他

風邪を引かないように十分注意して、帰宅時にはうがいをしましょう。

高カロリー、高蛋白でバランスのとれた食事を取りましょう。

十分に深呼吸ができるように胸・お腹をしめつけない衣服にしましょう。

傷のところに冷やさないようにしてください。

退院後もこれだけは忘れずに

☆ 定期的な診察や検査に行きましょう

手術後5年を目途に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、あなたの手術後の状態によって違いますから、医師の指示の通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。

☆ 毎月1回、自己検診を続けましょう

どんな病期でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月1回、日を決めて、ご自分で症状をチェックしてください。気になるところがあったら、医師にご相談ください。

☆ 指示された薬は忘れずに服用しましょう

処方された薬は、手術後の状態を安定させるためや治療効果を高めるために必要なものです。指示された通りに忘れずに正しく薬を服用して下さい。

☆ 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療と検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくして、一緒にあなたの病気と闘っていく気持ちが大切です。

退院してまだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんおられます。そして、多くの方が病気を克服して、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分ひとりではありません。

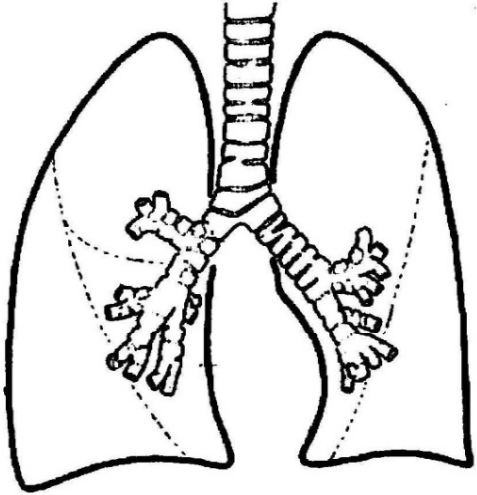
明るく、希望を持って前向きな生活を送ってください。

肺がん(Stage I A/B)手術後地域連携クリニカルパス(患者用)

患者プロフィール

(治療背景)(病院担当医・スタッフが記載)

退院日 西暦 年 月 日

患者情報	フリガナ		性別	退院時体重
	氏名		男・女	kg
	生年月日	西暦 年 月 日	手術時の年齢	歳
	受診機関	診療所 病院	担当医	
既往歴	生活習慣病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	悪性疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
手術情報	術式	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 肺部分切除術 <input type="checkbox"/> 肺区域切除術 <input type="checkbox"/> 肺葉切除術 <input type="checkbox"/> リンパ節郭清		
	輸血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	手術日	西暦 年 月 日		
	術後合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
最終診断	腫瘍サイズ	<input type="checkbox"/> T1a 腫瘍径 ≤ 2cm <input type="checkbox"/> T1b 2cm < 腫瘍径 ≤ 3cm <input type="checkbox"/> T2a 3cm < 腫瘍径 ≤ 5cm または3cm以下で胸膜浸潤/肺門までの無期肺など		
	リンパ節転移	<input type="checkbox"/> N0		
	遠隔転移	<input type="checkbox"/> M0		
	病期 Stage	<input type="checkbox"/> Stage I A <input type="checkbox"/> Stage I B		
備考				

肺がん(Stage I, 補助化学療法なし)術後地域連携クリニカルパス(地域連携診療計画書)【患者用】



肺がん

お名前																																																							
達成目標(アウトカム)		①術後の合併症(3ヶ月)がない																																																					
私の目標																																																							
受診時期(退院日 /) (手術日 /)		術後												1年目												2年目												3年目						4年目						5年目					
受診日		日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1~2	3	4~5	6	7~8	9	10~11	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12																	
受診機関(診療所・病院)			病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診	病院	診															
診察			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○															
検査	採血	血算・生化学	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○															
		腫瘍マーカー (CEA・SLX・CYFRA・SCC等)				○								○																																									
	画像診断	胸部X線	○		○																																																		
		胸部・腹部CT												○																										○															
		頭部CT/MRI												△																										○															
		骨シンチ													△																										△														
気管支鏡検査														△																										△															
投薬	治療薬																																																						

○は必須項目 △は可能であれば、あるいは必要時実施項目

私の受診カルテ(1ヶ月から3ヶ月)

スケジューリング ・検査	手術後		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		病院	診療所	病院
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)			○
	画像診断	胸部X線	○		○
		胸部・腹部CT			
		頭部MR/MRI			
		骨シンチ			
	気管支鏡検査				
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(4ヶ月から6ヶ月)

スケジューリング ・ 検査	手術後		4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	診療所	病院
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)			○
	画像診断	胸部X線			
		胸部・腹部CT			○
		頭部MR/MRI			△
		骨シンチ			
	気管支鏡検査				
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう

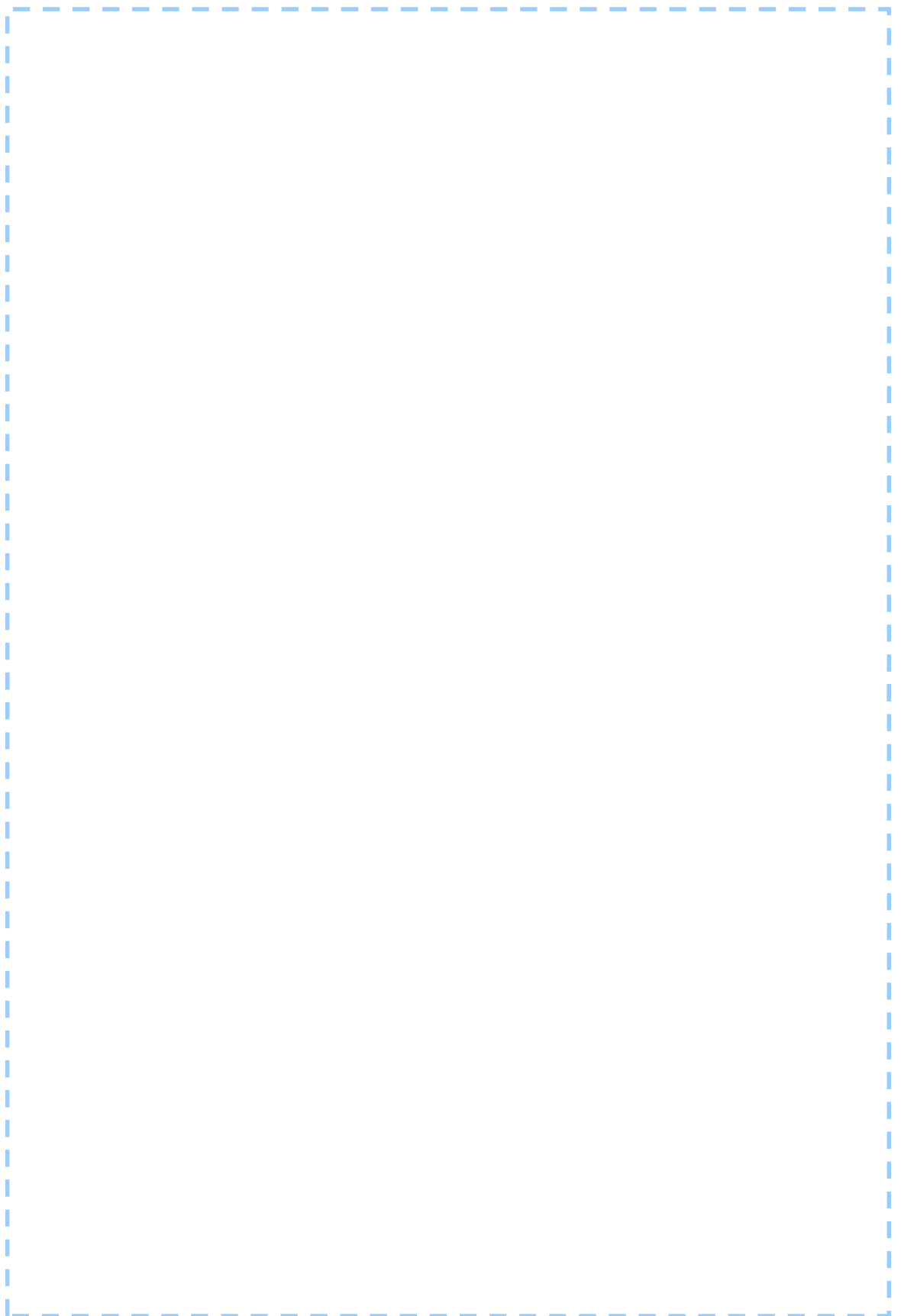


私の受診カルテ(7ヶ月から9ヶ月)

スケジューリング ・ 検査	手術後		7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	診療所	病院
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)			○
	画像診断	胸部X線			○
		胸部・腹部CT			
		頭部MR/MRI			
		骨シンチ			
	気管支鏡検査				
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう



私の受診カルテ(10ヶ月から1年)

スケジューリング ・ 検査	手術後		10ヶ月	11ヶ月	1年
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	診療所	病院
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)			○
	画像診断	胸部X線			
		胸部・腹部CT			○
		頭部MR/MRI			○
		骨シンチ			△
	気管支鏡検査				△
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう

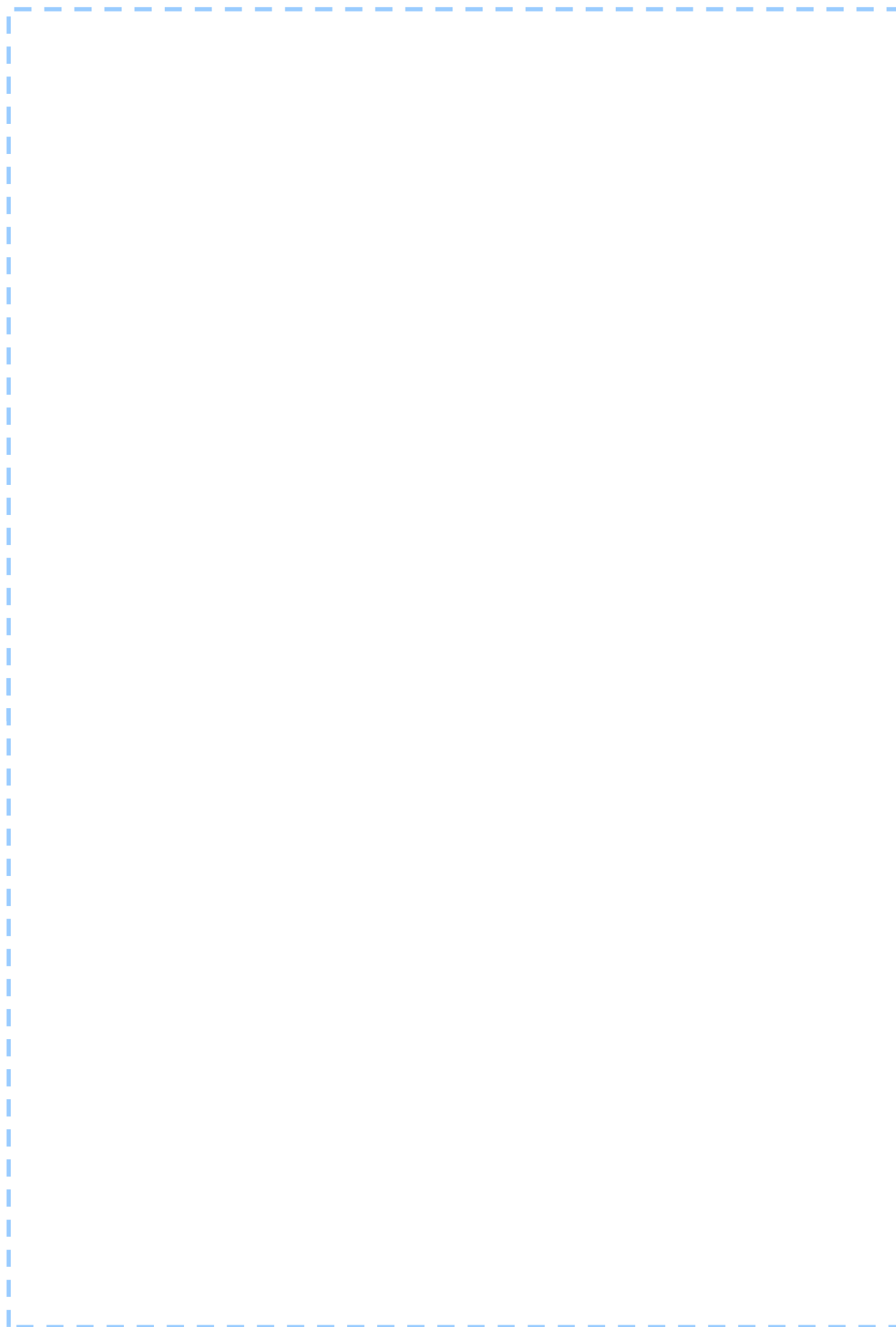


私の受診カルテ(1年1ヶ月から1年5ヶ月)

スケジューリング ・ 検査	手術後		1年1~2か月	1年3ヶ月	1年4~5ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	病院	診療所
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)		○	
	画像診断	胸部X線		○	
		胸部・腹部CT			
		頭部MR/MRI			
		骨シンチ			
	気管支鏡検査				
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう



私の受診カルテ(1年6ヶ月から1年9ヶ月)

スケジューリング ・ 検査	手術後		1年6ヶ月	1年7～8ヶ月	1年9ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		病院	診療所	病院
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)	○		○
	画像診断	胸部X線			○
		胸部・腹部CT	○		
		頭部MR/MRI	△		
		骨シンチ			
	気管支鏡検査				
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう



私の受診カルテ(1年10ヶ月から2年3ヶ月)

スケジューリング ・ 検査	手術後		1年10~11ヶ月	2年	2年3ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	病院	診療所
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)		○	○
	画像診断	胸部X線			
		胸部・腹部CT		○	
		頭部MR/MRI		○	
		骨シンチ		△	
	気管支鏡検査			△	
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ(2年6ヶ月から3年)

スケジューリング ・ 検査	手術後		2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		病院	診療所	病院
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)	○	○	○
	画像診断	胸部X線	○		
		胸部・腹部CT			○
		頭部MR/MRI			○
		骨シンチ			△
	気管支鏡検査				△
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう



私の受診カルテ(3年3ヶ月から3年9ヶ月)

スケジューリング ・ 検査	手術後		3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	病院	診療所
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)	○	○	○
	画像診断	胸部X線		○	
		胸部・腹部CT			
		頭部MR/MRI			
		骨シンチ			
	気管支鏡検査				
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう



私の受診カルテ(4年から4年6ヶ月)

スケジューリング 診察・検査	手術後		4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		病院	診療所	病院
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	○
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	○
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)	○	○	○
	画像診断	胸部X線			○
		胸部・腹部CT	○		
		頭部MR/MRI	○		
		骨シンチ	△		
	気管支鏡検査		△		
検査結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう



私の受診カルテ(4年9ヶ月から5年)

スケジューリング ・ 検査	手術後		4年9ヶ月	5年	
	受診日(月/日)		/	/	/
	医療機関		診療所	病院	
自己検診	痰が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	咳が増えた		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	熱がよく出る		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体がだるい		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	息切れがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	痛みがつづく		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	吐き気がする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	食欲がない		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	めまいがする		ある・無い	ある・無い	ある・無い
	体重		kg	kg	kg
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	ある・無い	ある・無い
診察	問診	咳・痰(血痰)	○	○	
		呼吸困難			
		発熱			
		嘔気・嘔吐			
		頭痛			
		味覚異常			
		下痢			
		食欲不振			
		体重減少			
		疼痛			
	嚔声				
	触診・聴診				
診察結果に問題有無		有・無	有・無	有・無	
検査	採血	血算・生化学	○	○	
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)	○	○	
	画像診断	胸部X線			
		胸部・腹部CT		○	
		頭部MR/MRI		○	
		骨シンチ		△	
	気管支鏡検査			△	
検査結果に問題有無		有・無	有・無		
投薬					

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう

私の受診カルテ「予備シート」(定期受診外の際このシートをご利用ください)

ス ケ ジ ユ ー ル 診 察 ・ 検 査	手術後			その他備考欄
	受診日(月/日)		/	
	医療機関			
自 己 検 診	痰が増えた		ある・無い	
	咳が増えた		ある・無い	
	熱がよく出る		ある・無い	
	体がだるい		ある・無い	
	息切れがする		ある・無い	
	痛みがつづく		ある・無い	
	吐き気がする		ある・無い	
	食欲がない		ある・無い	
	めまいがする		ある・無い	
	体重		kg	
	先生への質問(連絡ノート)		ある・無い	
診 察	問 診	咳・痰(血痰)		
		呼吸困難		
		発熱		
		嘔気・嘔吐		
		頭痛		
		味覚異常		
		下痢		
		食欲不振		
		体重減少		
		疼痛		
		嚕声		
	触診・聴診			
	診察結果に問題有無		有・無	
検 査	採 血	血算・生化学		
		腫瘍マーカー(CEA・SLX・CYFRA・SCC等)		
	画 像 診 断	胸部X線		
		胸部・腹部CT		
		頭部MR/MRI		
		骨シンチ		
	気管支鏡検査			
検査結果に問題有無		有・無		
投薬				

※ 自己検診のところはあなたに記入していただきます。

検査結果を貼りましょう



連絡ノート(気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録)

記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養師から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養師へ <input type="checkbox"/> ()	

5大がん診療連携協議会事務局

大津赤十字病院地域医療連携課宛 FAX:077-522-8047

このQAシートは「5大がん地域連携パス」の運用についてに限ります。

5大がん地域連携パスQA・要望シート

連絡先	医療機関名：		
	担当部署／担当者：		
	TEL：	FAX：	
	<input type="checkbox"/> 質問	<input type="checkbox"/> 要望	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> その他
質問／要望	について		
質問日	年 月 日		
事務局欄	回答につきましては、直接お返事はいたしません。 内容をまとめてHP等で公開させていただきます。		
	事務局整理用		
回答日	年 月 日	回答者	

事務局管理番号：

表紙画:北川 久夫

滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会
平成25年(2013年)7月16日 第2.11版