

**肺がん共通計画書**

埼玉県立がんセンター ・ さいたま赤十字病院 ・ さいたま市立病院 ・ 埼玉医科大学国際医療センター  
 国立病院機構埼玉病院 ・ 深谷赤十字病院 ・ 春日部市立病院 ・ 獨協医科大学附属越谷病院  
 埼玉社会保険病院 ・ 戸田中央総合病院 ・ 石心会狭山病院 ・ 秀和総合病院 ・ 行田総合病院  
 上尾中央総合病院

**連携診療計画書（肺がん）**

診療内容		手術後	3ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	1年	1年	1年	2年	2年	2年	3年	3年	3年	4年	4年	4年	5年	
		年月日	/	/	/	/	3ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	2年	3ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	3年	4ヵ月	8ヵ月	4年	4ヵ月	8ヵ月
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。	●	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●
	レントゲン （胸に異常が無いかをみます）	●	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●
	胸部・腹部CT（肺、縦隔、 上腹部の転移の有無をみます）				●				●				●			●			●
	その他の検査 （ ）																		
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	（特別な）説明																		
その他	特別な事は通信欄に記入します （記入した日付けをいれます）	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

名前	
身長 _____ cm	体重 _____ kg
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 特記事項
既往歴および現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

診 断： \_\_\_\_\_

最近の入院： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

連絡先
手術病院
病院名
科名
医師名
ID
電話
かかりつけ医
病・医院名
医師名
ID
電話
かかりつけ薬局
薬局名
電話

**手術記録**

手術日	年	月	日
術 式			
組織型	T=	N=	M=
病理病期	T=	N=	M=
	I A	I B	II A II B III A III B IV