





# 肺がん術後連携パス

(Ⅰ～Ⅱ期、浸潤癌)

カルテ番号 \_\_\_\_\_

ふりがな  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

かかりつけ病院  
医 院 名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

## 手術情報

手術日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

肺切除内容 \_\_\_\_\_ リンパ節郭清

肺部分切除術       ND 2

肺区域切除術       ND 1

肺葉切除術           ND 0

肺全摘術             その他 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

## 既往と他薬剤情報

\_\_\_\_\_

## 連絡先、備考など

独立行政法人国立病院機構  
金沢医療センター      科 \_\_\_\_\_

TEL 076-262-4161

主治医 \_\_\_\_\_

□ は必須項目      △ は必要時に実施

	(術後)	かかりつけ医	がん拠点病院医	かかりつけ医	がん拠点病院医	かかりつけ医					がん拠点病院医	かかりつけ医					がん拠点病院医	かかりつけ医					がん拠点病院医							
		2月	3	4	5	6月	7	8	9	10	11	1年	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	2年	25	26	27	28	29	30
診 問 診 察	咳嗽はないか																													
	喀痰はないか																													
	創部に異常はないか	<input type="checkbox"/>																												
	頭痛、ふらつき感はないか																													
	胸痛の増強はないか																													
動機、息切れ、むくみはないか																														
視触診 (含むSpO <sub>2</sub> 、鎖骨上窩LNなど)																														
採 血	貧血 (RBC・Hb)	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	△	△	△	□
	肝機能・腎機能	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	△	△	△	□
	腫瘍マーカー (CEA, CYFRA, SCC)		□			□			□			□			□			□			□			□						□
検 査	胸部X P	□	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	□	△	△	△	△	△	□
	胸腹部C T					□						□						□					□							□
	PET、MRIなど					△						△						△					△							△
	その他の検査																													
投 薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	その他の薬																													

	(術後)	かかりつけ医					がん拠点病院医	かかりつけ医											がん拠点病院医	かかりつけ医											がん拠点病院医
		31	32	33	34	35	3年	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	4年	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	5年
診 問 診 察	咳嗽はないか																														
	喀痰はないか																														
	創部に異常はないか	<input type="checkbox"/>																													
	頭痛、ふらつき感はないか																														
	胸痛の増強はないか																														
動機、息切れ、むくみはないか																															
視触診 (含むSpO <sub>2</sub> 、鎖骨上窩LNなど)																															
採 血	貧血 (RBC・Hb)	△	△	△	△	△	□	△	△	△	△	△	□	△	△	△	△	□	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	□	
	肝機能・腎機能	△	△	△	△	△	□	△	△	△	△	△	□	△	△	△	△	□	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	□	
	腫瘍マーカー (CEA, CYFRA, SCC)						□						□					□												□	
検 査	胸部X P	△	△	△	△	△	□			△		□			△			□			△		□			△			□		
	胸腹部C T						□											□											□		
	PET、MRIなど						△											△											△		
	その他の検査																														
投 薬	一般薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	その他の薬																														

※ 一般薬はかかりつけ医のみで、投薬間隔はかかりつけ医の都合に合わせて任意に設定して下さい (色のついていない日)  
 がん拠点病院での定期受診は、術後5年目まで  
 定期受診日以外でもかかりつけ医が必要と判断されれば、がん拠点病院を受診させていただきます  
 血液生化学：T.Bil、TP、Alb、GOT、GPT、LDH、ALP、Na、K、Cl、BUN、Cr  
 腫瘍マーカー：2種を選択

# 肝がん治療後連携パス

## 患者情報

カルテ番号 \_\_\_\_\_

ふりがな  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

かかりつけ病院  
医 院 名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_

## 【退院時の状況】

(退院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

## 今回のがんの状態

最大径	_____ cm
個数	_____ 個
stage	I      II

## 今回の肝がんの治療

\_\_\_\_\_

## 検 査

ALT	IU/L	AFP	ng/ml
Alb	g/dl	AFP-L3	%
T-Bil	mg/dl	PIVKA-II	mAU/ml
PT	%	HBs抗原	(+・-)
NH <sub>3</sub>	μg/dl	HCV抗体	(+・-)

## 指 導

日常生活指導	(済・未済)
服薬指導	(済・未済)
栄養指導	(済・未済)

## 備 考

\_\_\_\_\_

□ は必須項目    △ は必要時に実施    ○ はいずれかを実施

	(術後)																																
	かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		
	17月	2	3	4	4	6月	7	8	9	10	11	1年	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	2年	25	26	27	28	29	30			
診 問	腹満はないか																																
	食欲の低下はないか																																
	むくみはないか																																
	意識障害はないか																																
視 触 診																																	
採 血	貧血 (RBC・Hb)																																
	ALT																																
	Alb	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
	T-Bil																																
	PT (%)																																
	NH <sub>3</sub>																																
	AFP																																
PIVKA-II	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△		
その他																																	
検 査	腹部CT			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○		
	腹部超音波検査			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○		
	MR I			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○		
	その他の検査																																
投 薬	内服薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
	注射/点滴	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		

	(術後)																															
	かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医		かかりつけ医		がん拠点病院医	
	17月	2	3	4	4	6月	7	8	9	10	11	1年	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	2年	25	26	27	28	29	30		
診 問	腹満はないか																															
	食欲の低下はないか																															
	むくみはないか																															
	意識障害はないか																															
視 触 診																																
採 血	貧血 (RBC・Hb)																															
	ALT																															
	Alb	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
	T-Bil																															
	PT (%)																															
	NH <sub>3</sub>																															
	AFP																															
PIVKA-II	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
その他																																
検 査	腹部CT			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○	
	腹部超音波検査			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○	
	MR I			○			○			○			○			○			○			○			○			○			○	
	その他の検査																															
投 薬	内服薬	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	注射/点滴	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	

※再発のない限り上記スケジュールを継続します。

検尿は必要時に実施をお願いします。

医療機関名 (がん拠点病院)  
独立行政法人  
国立病院機構 金沢医療センター

