

共同診療計画書（肺がん術後 経過観察）

手術日： 年 月 日

様（パス登録番号： ）

施設名： 飯田市立病院

科名：呼吸器外科

担当医：

（カルテNo. ）

（電話： ）

連携施設名：

かかりつけ医：

（カルテNo. ）

（電話： ）

		（連携施設名： ）における日常診察												
受診日		病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	病院外来	
項目		紹介時 /	6カ月 /	1年後 /	1年6カ月 /	2年後 /	2年6カ月 /	3年後 /	3年6カ月 /	4年後 /	4年6カ月 /	5年後 /		
達成目標	安定した生活状況 術後合併症がない 再発がない													
連携、連絡	術後連携の説明	再発、症状発生等の場合、飯田市立病院に連絡												
	治療スケジュール説明	<input type="checkbox"/>												
	患者様用パス説明	<input type="checkbox"/>												
教育・指導	緊急時の連絡先確認	<input type="checkbox"/>												
	服薬指導（保険薬局） 生活支援													
症状・確認	血痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	神経学的所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	疼痛（部位）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	体重減少	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
採血・検査	体温・血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	身長	<input type="checkbox"/> 退院時に身長を測定します。												
	採血	血液検査はかかりつけ医の先生をお願いします。												
	腫瘍マーカー	（血液検査は1～3ヵ月毎に実施します。）												
	頸部リンパ節触診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸機能	<input type="checkbox"/>												
	胸部レントゲン		<input type="checkbox"/>											
	胸腹部CT				<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	
	PET	（マーカーを含む）他の検査で異常の場合に施行します。												
	脳MRI	脳神経症状がある場合に施行します。												
	骨シンチ	骨痛などの症状がある場合に施行します。												
	脊椎MRI	腰痛や下肢のしびれがある場合に施行します。												
<input type="checkbox"/> BI ≥ 600														
喀痰細胞診	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。													
気管支鏡	喀痰細胞診でclassⅢ以上の場合に施行します。													