

# 共同診療計画書 肺がん術後パス(1~6カ月)

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	がん拠点病院	がん拠点病院	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	/ 退院後初回診察	/ 1ヵ月目	/ 2ヵ月目	/ 3ヵ月目	/ 4ヵ月目	/ 5ヵ月目	/ 6ヵ月目
達成目標	・術後合併症がない ・今後の通院計画を理解する		・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤							
検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません						
食欲低下		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 今後の通院計画の説明	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談
診察医師サイン							

# 共同診療計画書

## 肺がん術後パス(7~12カ月)

がん拠点病院：

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	/ 7カ月目	/ 8カ月目	/ 9カ月目	/ 10カ月目	/ 11カ月目	/ 12カ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	
診察医師サイン						

# 共同診療計画書

肺がん術後パス（2年目）

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	／ 14ヵ月目	／ 16ヵ月目	／ 18ヵ月目	／ 20ヵ月目	／ 22ヵ月目	／ 24ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談
診察医師サイン						

# 共同診療計画書 肺がん術後パス（3年目）

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	／ 26ヵ月目	／ 28ヵ月目	／ 30ヵ月目	／ 32ヵ月目	／ 34ヵ月目	／ 36ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談
診察医師サイン						

# 共同診療計画書 肺がん術後パス（4年目）

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	/ 38ヵ月目	/ 40ヵ月目	/ 42ヵ月目	/ 44ヵ月目	/ 46ヵ月目	/ 48ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談
診察医師サイン						

# 共同診療計画書 肺がん術後パス（5年目）

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	／ 50ヵ月目	／ 52ヵ月目	／ 54ヵ月目	／ 56ヵ月目	／ 58ヵ月目	／ 60ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談
診察医師サイン						