

# 肺がん術後地域連携パス 治療計画書 (医療者向け)

地域医療機関とがん診療拠点病院が連携して、肺がん術後の患者さんの経過観察を行うシステムです。

## 〔地域の先生方をお願いしたいこと〕

- (1) 定期的な問診、採血、胸部レントゲンをお願いします。
- (2) がん診療拠点病院にがん治療連携診療情報提供書をFAXすることで診療報酬の算定が可能です。(FAX用紙は配布します)

### 患者情報

ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別	男 女
生年月日	年 月 日

### 手術情報

手術日	年 月 日
術式	左・右
	<input type="checkbox"/> ND1a <input type="checkbox"/> ND1b <input type="checkbox"/> ND2a-1 <input type="checkbox"/> ND2a-2 <input type="checkbox"/> ND2b
病理所見	<input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 大細胞癌 <input type="checkbox"/> その他 ( )
アプローチ	<input type="checkbox"/> 胸腔鏡下 <input type="checkbox"/> 開胸
リンパ節郭清	pT N M
ステージ	IA・IB・IIA・IIB・IIIA・IIIB・IV

時期	術後受診予定		1年		1年		1年		2年		2年		3年		3年		4年		4年		5年		
			30日	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月
診療	問診	痛みの有無 発熱 咳の有無 一般診察での異常	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
	聴診 触診	呼吸音の確認 リンパ節腫大の有無																					
採血	血算・生化学 (肝機能・腎機能) 腫瘍マーカー(CEA, SLX, SCC, SYFRA, 1-CTP)		▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲	○	▲
検査	胸部レントゲン			○	●	○		○	●	○		○	●	○		○	●	○		○	●	○	
	胸腹部CT					●				●				●				●				●	
	脳MRI					●				●				●				●				●	

●は東北医科薬科大学病院、○はかかりつけ医で実施。▲は必要時。

\* 治療計画は患者さんの病状によって変わることがあります。

計画策定病院：東北医科薬科大学病院

診療科名：呼吸器外科

連絡先 022-259-1221 (代表)

連携医療機関：

連絡先