

肺癌 地域連携パス(医療機関用)

患者名 _____

病名 _____

進行度 T M N ステージ _____

入院年月日 _____ 退院年月日 _____

尾道市立市民病院 主治医 _____

在宅かかりつけ医 _____

サポート医 _____

《入院中の治療内容》

手術 _____

病理 _____

化学療法 _____

放射線療法 _____

緩和ケア _____

《ICの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる
教育、指導	患者用パスどおり

連携医療機関での日常診療		退院時																			
		1年					2年					3年				4年			5年		
病院受診日 (月/日)		1	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	6	12	6	12	6	12	
定期検査	採血検査	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胸部X線写真	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胸腹部CT			<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"/>
	脳CT/MRI (腹部エコー)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>																	
	バリエーション	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 上記以外にも必要に応じて諸検査を行なってください(必要があれば当院にご依頼ください)

* 当院受診日には検査結果を持参(もしくは郵送)していただくようお願いいたします

バリエーション① 時 期

内容()内チェック : (悪化 再発 新たな疾患 その他)

バリエーション② 時 期

内容()内チェック : (悪化 再発 新たな疾患 その他)

バリエーション③ 時 期

内容()内チェック : (悪化 再発 新たな疾患 その他)

備 考
