福井県統一　地域連携診療計画書
ＩA期肺がん 連携パス

氏名　　様

(ID:　　)

拠点病院名:　　担当医:　　電話:

かかりつけ医:　　担当医:　　電話:

目標　①定期的に検査が受けられる
②病状が安定している

□ ＝かかりつけ医受診月

＊今後はかかりつけ医と拠点病院担当医が共同して診療にあたります。
＊入院が必要なときはいつでも拠点病院が受け入れます。
＊肺がん以外のがん検診は毎年受けましょう。

経過月	1年目						2年目				3年目				4年目		5年目	
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	6ヶ月	12ヶ月
受診先	赤十字病院		赤十字病院	赤十字病院		赤十字病院		赤十字病院		赤十字病院		赤十字病院		赤十字病院		赤十字病院		赤十字病院
日付	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .	R .
【診察】																		
全身状態 （血圧・体温）																		
問診 （疼痛、発熱、血痰、呼吸苦）																		
視触聴診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
（呼吸音・創部、鎖骨上窩リンパ節																		
可能なところはSpO2																		
【血液検査】																		
血算・生化学	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー（　CEA　）			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
（　）																		
（　）																		
【画像診断】																		
胸部XP	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸腹部CT						○				○				○		○		○
頭部MRI （脳神経症状のあるときは随時）								○				○						○
気管支鏡 （肺門部肺がんの場合）						○				○								
骨シンチ （骨痛のあるときは随時）										○								○
【看護師による面談】				○														