福井県統一　地域連携診療計画書
肺がん上皮内腺癌 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

＊今後は、かかりつけ医と当院担当医共同で診療にあたります。
＊入院が必要なときは、いつでも福井赤十字病院が受け入れます。
＊肺がん以外の検診は、毎年受けましょう。

□ ＝かかりつけ医受診月

経過月	1年目				2年目		3年目		4年目		5年目	
	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	6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
日付	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	○	○	○		○	○	○		○		○	○
胸部CT				○		○		○		○		○
【看護師による面談】				○								