

宮崎県地域連携パス(肺がん)

— 術後経過観察 —



ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

【この手帳について】

宮崎県がん診療連携協議会 事務担当

TEL:0985-85-9758

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原5200
宮崎大学医学部付属病院内

【その他のことについて】

宮崎県福祉保健部健康増進課 健康づくり担当

TEL:0985-26-7078

〒880-8501 宮崎県宮崎市橘通東2-10-1

宮崎県がん診療連携協議会

宮崎県地域連携パスとは

- 1.宮崎県地域連携パスとは、あなたと地域のかかりつけ医とがん治療の基幹病院の医師が、あなたの治療経過を共有できるパスのことです。
- 2.このパスを活用することで、県内の多くの医療機関が協力し、患者さんの視点にたった安心で質の高い医療を提供することを目標としています。
- 3.本パスの活用により、患者さんにとっても医療機関にとっても、治療計画や患者さんの状態の把握が容易となり、待ち時間や通院時間の短縮、さらには患者さんの不安の解消にも役立つものと考えています。
- 4.肺がんの手術を受けられた方は、5年間を目標として定期的に通院していただき、定期検査と診察を受ける必要があります。この冊子の9, 10ページ目に地域連携診療計画書として定期検査の内容をまとめました。
- 5.肺がん以外のがんは検査の対象外となります。
人間ドックや、居住する自治体を実施する健康診断を利用し、必ず受けてください。

宮崎県地域連携パスを用いた診療の流れ



宮崎県地域連携パスとお薬手帳を持っていれば安心です

宮崎県地域連携パスの使い方について

1. 連携元病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分について記入してください。
 - a) 7 ページの手術記録
 - b) 8 ページの特記事項★ 37 ページから 40 ページは自由にご利用ください。
2. 患者さんは初めて手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入ください。
 - a) 5, 6 ページの各項目
3. 9 ページ以降の記入は患者さんと医師が共同で行います。

医療機関を受診されるときは「パス」の携帯をお願いします。

患者さんは診察前にあらかじめ受診の日付と症状などを記入してください

医師は診察結果のチェックとサイン、必要に応じてコメントの記入や診療情報提供書の発行をお願いします。

かかりつけ医、専門医(基幹病院・手術病院)の役割

1. かかりつけ医

日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当します。
がんや、がん以外にお持ちの病気の診療を担当します。

おもに、

- 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
- 2) 定期的なお薬の処方
- 3) 痛みや吐き気などの各種症状の診察と治療

などをおかかりつけ医の先生が行います。

2. 専門医(基幹病院・手術病院)

年に何回か病院に通院していただき、精密検査と診察を行います。
精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査などがあります。検査結果は、連携パスに記載して、かかりつけ医に報告します。

また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります。

お名前				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
身長	cm	体重(術前)	kg	退院時 kg
住所				
電話番号		携帯電話		

緊急連絡先(1) 家族名(続柄)				
住所				
電話番号		携帯電話		
緊急連絡先(2) 家族名(続柄)				
住所				
電話番号		携帯電話		

専門医(基幹病院・手術病院)		科名		
TEL		担当医(外来主治医)		
ID				
手術日		年	月	日
		年	月	日

かかりつけ医療機関(1)	
医師名	TEL
かかりつけ医療機関(2)	
医師名	TEL
かかりつけ薬局	
TEL	

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー(薬、食べ物等)

内服薬(お薬手帳がある時は記入不要)

記載者

診 断

最近の入院 年 月 日から 年 月 日

■手術記録

手術日	年 月 日
術式	
組織型	
病理病期	T= N= M=
	IA IB IIA IIB IIIA IIIB IV

■手術記録

病名
手術日
組織型
術式
病理病期

病名
手術日
組織型
術式
病理病期

■術後補助化学療法

内容(レジメン名・薬剤名・投与量、回数、内服/注射 など)

期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

■退院時の特記事項

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

治療開始後0.5ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査(_____)	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者 _____

治療開始後1ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査(_____)	(_____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者 _____

治療開始後2ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後4ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後5ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし
採血 (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
クレアチニン値 _____ mg/dl
胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
胸部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
腹部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
その他検査(_____) (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者 _____

治療開始後9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし
採血 (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
クレアチニン値 _____ mg/dl
胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
胸部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
腹部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし
その他検査(_____) (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者 _____

治療開始後1年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

腹部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

その他検査(_____) (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者 _____

治療開始後1年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

腹部CT (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

その他検査(_____) (_____ 月 _____ 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者 _____

治療開始後1年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後1年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後2年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後2年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後2年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後2年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後3年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後3年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後3年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後3年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後4年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後4年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後4年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後4年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

治療開始後5年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください。

医師記入欄

臨床所見		<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
クレアチニン値	_____ mg/dl		
胸部レントゲン	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
腹部CT	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他検査()	(月 日)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

記載者

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆深呼吸を習慣にしましょう

肺の柔軟性を保つため、深呼吸(腹式呼吸)を引き続き行ってください。

息苦しくなった時は、あせらずゆっくりと深呼吸をしてください。それでも良くならないときは早めに受診してください。

◆かぜの予防をしましょう

手術後の肺は感染しやすいので、人ごみや換気の悪い場所は避けてください。

外出時はマスクをし、手洗い・うがいをしっかり行ってください。

香料や塗料のガス、噴霧クリーナーなどの刺激物も避けるようにしてください。

37.5度以上の熱が続くようであれば、早めに受診してください。

◆身体の休息・運動

日常生活は普通に行ってかまいません。規則正しい生活リズムを守りましょう。

残った肺の健康のために、タバコはやめましょう。

タバコを続けると再発の危険や、肺炎を起こして重篤な状態になる事があります。

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆痛みについて

咳やくしゃみをした時に肋骨にそった鈍い痛みが1年前後続きますが、徐々に軽減してきます。

痛み止めのお薬は決められた用法・用量を守って飲んでください。痛み止めの座薬を使う場合は、1日3回まで6時間以上あけて使ってください。

◆定期検診について

再診・定期健診は、今後の健康維持と再発のため、必ず受診しましょう。

◆その他

不安なことや分からないことがありましたら医師・看護師にご相談ください。

緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院(電話番号は5ページにあります)までご連絡ください。

メモ

A series of horizontal dashed lines for writing notes on the left page.

メモ

A series of horizontal dashed lines for writing notes on the right page.