

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療連携室へFAXをお願いいたします。

パス名称

肺癌術後連携パス連携シート

ID

フリガナ

連携医療機関

患者氏名

パス開始日

手術日

主治医

	(術後)	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
	受診施設	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
	受診日	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	呼吸状態								
	咳の有無								
	血痰の有無								
	発熱								
血液検査	WBC(白血球)								
	好中球								
	RBC(赤血球)								
	Hb(血色素量)								
	PLT(血小板)								
	AST(GOT)								
	ALT(GPT)								
	総ビリルビン(T-Bil)								
腫瘍マーカー	CEA								
	画像検査	胸腹部CT							
	その他								
医師の確認		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療連携室へFAXをお願いいたします。

パス名称

肺癌術後連携パス連携シート

ID

フリガナ

連携医療機関

患者氏名

パス開始日

手術日

主治医

	(術後)	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年
	受診施設	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
	受診日	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	呼吸状態								
	咳の有無								
	血痰の有無								
	発熱								
血液検査	WBC(白血球)								
	好中球								
	RBC(赤血球)								
	Hb(血色素量)								
	PLT(血小板)								
	AST(GOT)								
	ALT(GPT)								
	総ビリルビン(T-Bil)								
腫瘍マーカー	CEA								
	画像検査	胸腹部CT							
	その他								
医師の確認		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療連携室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肺がん術後連携パス連携シート**

連携医療機関

ID

フリガナ

パス開始日

手術日

主治医

患者氏名

	(術後)	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
	受診施設	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
	受診日	/	/	/	/
診察	体重	kg	kg	kg	kg
	呼吸状態				
	咳の有無				
	血痰の有無				
	発熱				
血液検査	WBC(白血球)				
	好中球				
	RBC(赤血球)				
	Hb(血色素量)				
	PLT(血小板)				
	AST(GOT)				
	ALT(GPT)				
	総ビリルビン(T-Bil)				
	Cr(クレアチニン)				
腫瘍マーカー	CEA				
画像検査	胸腹部CT				
	その他				
医師の確認		☐	☐	☐	☐

市立豊中病院