

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室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肺がん術後補助化学療法連携シート**

ID

連携医療機関

フリガナ

パス開始日 _____

手術日 _____

主治医 _____

患者氏名

	(術後)	1ヶ月			2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月
	施設	豊中病院	豊中病院	豊中病院	診療所受診	豊中病院	診療所受診	診療所受診	豊中病院	診療所受診	診療所受診
	受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	補助化学療法薬	1日(mg)									
診察	体重	kg									
	嘔気・嘔吐・食欲不振										
	口内炎										
	全身倦怠感										
	下痢										
	色素沈着										
	発疹										
	のどの痛み・発熱										
	咳・息切れ・呼吸困難										
	におい・味の違い										
	その他()										
	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)											
T-Bil(総ビリルビン)											
Cr(クレアチニン)											
腫瘍マーカー	CEA										
	シフラ21-2										
	ProGRP										
画像検査	胸部CT										
	その他										
医師の確認		<input type="checkbox"/>									

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室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肺がん術後補助化学療法連携シート**

ID **0**

連携医療機関 **0**

フリガナ **0**

パス開始日 _____

手術日 _____

主治医 _____ **0**

患者氏名 **0**

(術後)	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月	13ヶ月	14ヶ月	15ヶ月	16ヶ月	17ヶ月	18ヶ月	
施設	診療所受診	診療所受診	診療所受診	豊中病院	診療所受診	診療所受診	診療所受診	診療所受診	診療所受診	診療所受診	豊中病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
補助化学療法薬	1日(mg)										
体重	kg										
診察											
嘔気・嘔吐・食欲不振											
口内炎											
全身倦怠感											
下痢											
色素沈着											
発疹											
のどの痛み・発熱											
咳・息切れ・呼吸困難											
におい・味の違い											
その他()											
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)											
T-Bil(総ビリルビン)											
Cr(クレアチニン)											
腫瘍マーカー											
CEA											
シフラ21-2											
ProGRP											
画像検査											
胸部CT											
その他											
医師の確認	<input type="checkbox"/>										

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室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肺がん術後補助化学療法連携シート**

ID **0**

連携医療機関 **0**

フリガナ **0**

パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 _____ **0**

患者氏名 **0**

	(術後)	19ヶ月	20ヶ月	21ヶ月	22ヶ月	23ヶ月	24ヶ月
	施設	診療所受診	診療所受診	診療所受診	診療所受診	診療所受診	豊中病院
	受診日	/	/	/	/	/	/
	補助化学療法薬	1日(mg)					
診察	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	嘔気・嘔吐・食欲不振						
	口内炎						
	全身倦怠感						
	下痢						
	色素沈着						
	発疹						
	のどの痛み・発熱						
	咳・息切れ・呼吸困難						
	におい・味の違い						
	その他()						
	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)							
T-Bil(総ビリルビン)							
Cr(クレアチニン)							
腫瘍マーカー	CEA						
	シフラ21-2						
	ProGRP						
画像検査	胸部CT						
	その他						
医師の確認		<input type="checkbox"/>					

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室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肺がん術後補助化学療法後連携シート**

ID

連携医療機関

フリガナ

パス開始日 _____

手術日 _____

主治医 _____

患者氏名 _____

	(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							
	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		<input type="checkbox"/>							

市立豊中病院

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室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肺がん術後補助化学療法後連携シート**

連携医療機関

パス開始日 _____

手術日 _____

主治医

1900年1月0日

ID

0

フリガナ

0

患者氏名

0

	(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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

市立豊中病院