

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)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)
診察	体重	kg	kg	kg	kg	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		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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)	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	豊中病院
	受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	補助化学療法薬	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)
診察	体重	kg	kg	kg	kg	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		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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)	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)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	1日(mg)	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		☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

ID
フリガナ

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	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		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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連携室へ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

ID

フリガナ

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