**肺がん上皮内腺癌　連携パス**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　様

　**目標　　①定期的に検査が受けられる**　病院名　　　　　　　　　　　　　担当医　　　　　　　　　電話　　　（　　）

**②病状が安定している**　かかりつけ医　　　　　　　　　　担当医　　　　　　　　　電話　　　（　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＊今後は、かかりつけ医と当院担当医が共同で診療にあたります。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＊入院が必要なときは、いつでも（拠点病院名）が受け入れます。**

　　　　　　　　　　　　　　　＝かかりつけ医受診月　　　　**＊肺がん以外の検診は、毎年受けましょう。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経過月 | １年目 | ２年目 | ３年目 | ４年目 | ５年目 |
|  |  |  |  |  |
| １ケ月 | ３ケ月 | ６ケ月 | 12ケ月 | ６ケ月 | 12ケ月 | ６ケ月 | 12ケ月 | ６ケ月 | 12ケ月 | ６ケ月 | 12ケ月 |
| 受診先 | 拠点病院 | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |
| 日付 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 【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 |  |  |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |  | ○ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |