**肺がんＩＡ期　　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。**

　　　　　　　　　　　　　　　＝かかりつけ医受診月　　　　**＊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。**

**＊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 | 2ケ月 | 3ケ月 | 6ケ月 | 9ケ月 | 12ヶ月 | 3ケ月 | 6ケ月 | 9ケ月 | 12ヶ月 | 3ケ月 | 6ケ月 | 9ケ月 | 12ヶ月 | 6ケ月 | 12ヶ月 | 6ケ月 | 12ヶ月 |
| 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 |  | 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（　　　　　） |  |  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| （　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【画像診断】 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 胸部ＸＰ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |  | ○ | ○ | ○ |  | ○ | ○ | ○ |  | ○ |  | ○ |  |
| 胸部ＣＴ |  |  |  |  |  | ○ |  |  |  | ○ |  |  |  | ○ |  | ○ |  | ○ |