



肺癌 術後長期連携パス

(経過観察)

様 年齢 才 男・女

濟生会横浜市東部病院 主治医: _____ (電話: _____)

手術日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療所名: _____ 主治医: _____ (電話: _____)

Stage: _____

保険薬局名: _____ 薬剤師: _____ (電話: _____)

パス導入時期: _____

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6ヵ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		化学療法の完遂										術後フォローの完遂
検査・診断	①胸部Xp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		診療所										
		→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック										
	処方	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック										
	消化器症状	→										
	皮膚症状	→										
検査	①胸部Xp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②採血	1ヶ月毎 → 2ヶ月毎										
	③腫瘍マーカー(CEA,Cyfra,SCC)	3ヶ月毎 → 3ヶ月毎										
臨床症状チェック	食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg
	息苦しさ	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	その他症状	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

*A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない

異常発現時の連絡	平日8:30~17:00-呼吸器外来
	それ以外 → 救急センター

パス逸脱日			
平成	年	月	日