



肺癌 術後長期連携パス (UFT内服)

様 年齢 才 男・女

济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 :

		济生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	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		<p style="text-align: center;">診療所</p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、济生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <p><input type="checkbox"/>治療スケジュール説明</p> <p><input type="checkbox"/>患者様用パス説明</p>										
投薬	チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> UFT →										
	処方 消化器症状 皮膚症状 全身症状 薬物処置	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> UFT(mg/日 回) </div> <p>※(体表面積 1.39㎡以下=300mg/2x、1.40以上1.79未満=400mg/2x、1.80㎡未満=UFT500mg/2x)</p>										
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		患者さん										
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"/>	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"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重 ()kg	()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"/>	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