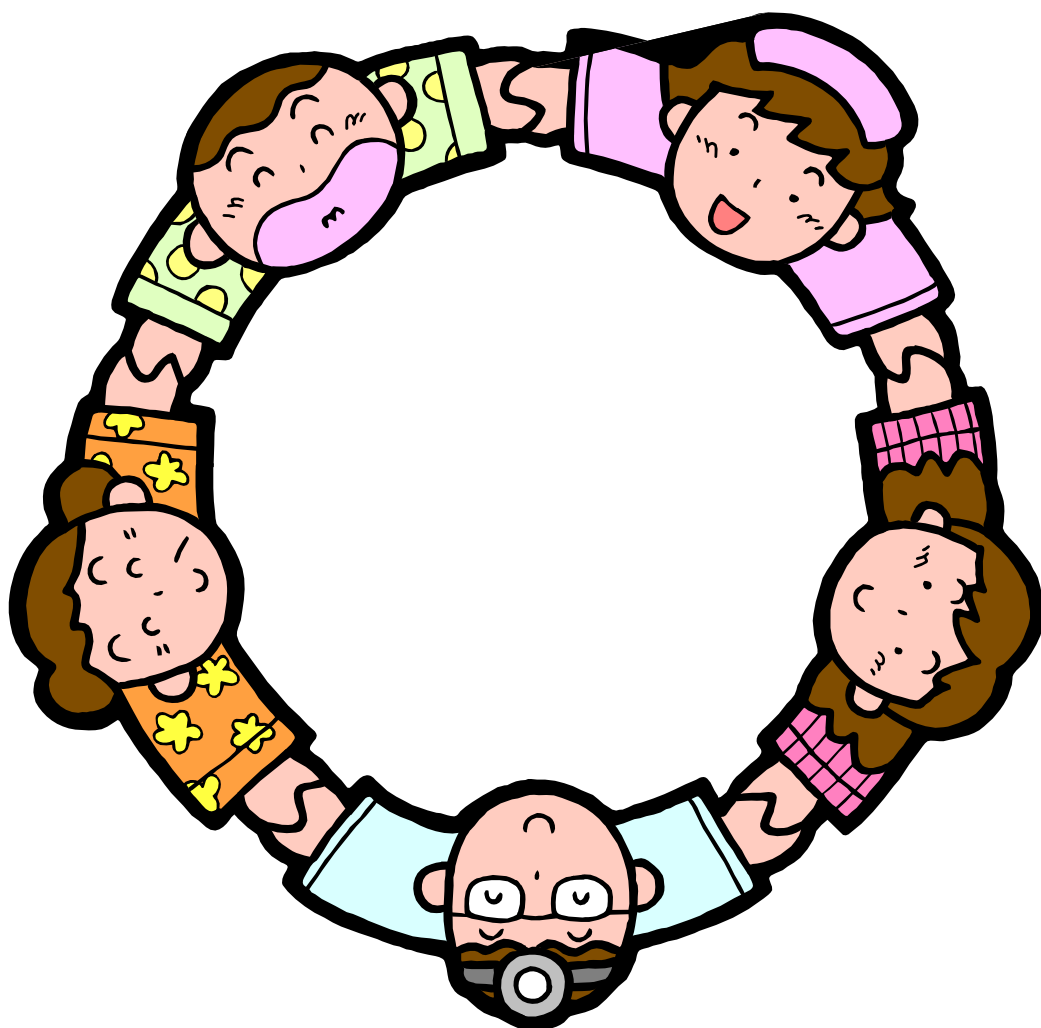


肺がん地域連携パス

「肺がん術後経過観察」連携パス



独立行政法人国立病院機構

大阪医療センター



大阪府がん診療連携協議会

改訂2版

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携導入：がん拠点病院→連携医(かかりつけ医)

平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

呼吸器外科

担当医(記入医)

連名医(指導医等)

患者情報	当院ID : ()				
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別

症状経過及び治療経過など

経過内容・検査結果(添付可)	
処方内容	

手術情報

非小細胞肺癌	: 組織型 ()
進行度(病理病期)	: Stage (I A / I B)
手術日	: pT (T1a / T1b / T2a), pN: N0 , pM: M0
手術治療時の退院日	: 平成 年 月 日
	: (1.肺部分切除術 / 2.肺区域切除術 / 3. 肺葉切除術 / 4. リンパ節郭清術)

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1: 別紙の連携診療計画書に沿って、がん拠点病院の担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。

次回の大阪医療センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2: バリアンス発生時(がんの再発など)には、がん拠点病院と連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

(経過報告:がん拠点病院→連携医(かかりつけ医))

平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

呼吸器外科
担当医(記入医)
連名医(指導医等)

患者情報	当院ID : ()				
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・ 検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり										
処方内容											

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

- 別紙の連携診療計画書に沿って、がん拠点病院の担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回のがん拠点病院受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。
- バリエーション発生時(がんの再発など)には、がん拠点病院と連携医が相互に連絡してください。
以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
住所	〒540-0006 大阪市中央区法円坂2-1-14
TEL/FAX	06-6942-1331
医師名	

患者情報	当院ID : ()				
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女	

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・ 検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の大阪医療センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、大阪医療センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

--

患者情報	当院ID : ()				
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女	

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報		
医療機関名		
住所		
TEL/FAX		
医師名		

患者情報	当院ID : ()			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関名		
住所		
TEL/FAX		
医師名		

患者情報	当院ID : ()			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

--

患者情報	当院ID : ()			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院)
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

患者情報	当院ID : ()				
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女	

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・ 検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しく願います。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報		
医療機関名		
住所		
TEL/FAX		
医師名		

患者情報	当院ID : ()			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院
平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名		
住所		
TEL/FAX		
医師名		

患者情報	当院ID : ()			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 / 女

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・ 検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。

2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。

以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しく願います。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院

平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

--

患者情報	当院ID : ()		
	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	性別

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

1：別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。
2：バリエーション発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。
以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

がん診療地域連携パス 診療情報提供書

連携医(かかりつけ医)⇒拠点病院

平成 年 月 日

「肺癌術後経過観察」連携パス

医療機関情報

医療機関名	
住所	
TEL/FAX	
医師名	

--

患者情報	当院ID : ()		
	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	性別

症状経過及び治療経過など

平素より大変お世話になっております。
術後サーベイランスの結果を報告申し上げます。

経過内容・ 検査結果 (添付可)	☐ 再発転移なし ☐ 異常所見あり
処方内容	

連携診療計画表

術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月
施設	病院	連携医	病院	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカー を含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)			(○)	○		○		○		○	
脳MRI			(○)	(○)		(○)		(○)		(○)	

術後	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	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
施設	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院	連携医	病院
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (腫瘍マーカー を含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像検査 (胸部X線、 胸部・腹部CT)	○		○		○		○		○		○
脳MRI	(○)		(○)		(○)		(○)		(○)		(○)

- 1: 別紙の連携診療計画書に沿って、成人病センターの担当医と連携医(かかりつけ医)と共同で経過を診ていきます。
次回の成人病センター受診までの間に、かかりつけ医は少なくとも1回はチェックを兼ねて診て下さい。
- 2: バリアンス発生時(がんの再発など)には、成人病センターと連携医が相互に連絡してください。
- 以上、肺がん術後経過観察パスにて連携診療を宜しくお願いします。

肺がん術後経過観察連携パス：
連携診療計画書（手術後～2年6カ月）

[illegible]

肺がん術後経過観察連携パス：
連携診療計画書（2年6カ月～5年）

[illegible]



独立行政法人国立病院機構
大阪医療センター

あなたのお名前

さん

かかりつけ医

(電話

—

—

)

病院

科

電話

—

—

(代表)

平成29年6月