

# 埼玉県医療連携手帳

## (肺)

お名前

\_\_\_\_\_

生年月日

M・T・S・H

年

月

日

\_\_\_\_\_

## 連携手帳について

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作製されました。

肺がんの手術を受けられた方は5年間を目標として定期的に通院していただき、定期検査と診療を受ける必要があります。この冊子の7、8ページ目に地域連携診療計画書として定期検査の予定をまとめました。

0期および浸潤腫瘍サイズ2cm以下の病期ⅠA期(ⅠA1期とⅠA2期)と診断された患者さんは、術後に追加して抗がん剤治療を行う必要はない、とされています。しかし、再発が全くない、というわけではなく、定期的な検査が必要です。

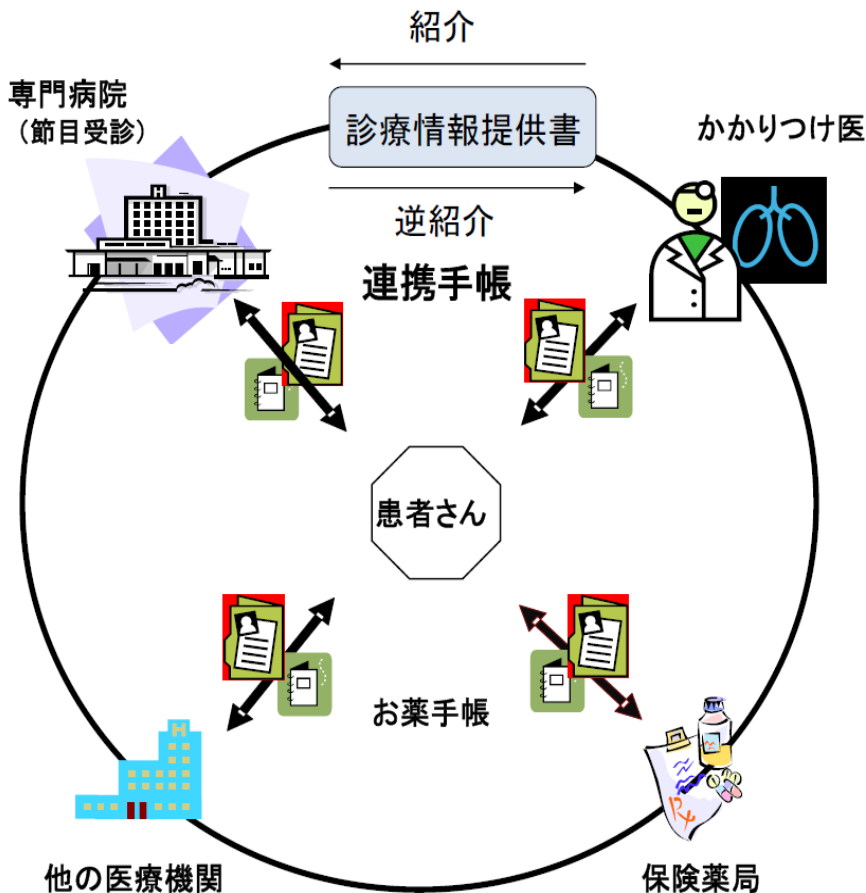
手術後6ヵ月以降はかかりつけ医で定期的な診察を受けていただき、体調の変化や再発の有無をチェックします。地域連携診療計画書に、手術を受けた病院で定期的に行う項目は「●」、かかりつけ医で行う項目は「○」、で印を付けていますので、該当する時期に検査を受けて下さい。

CT検査は年1回、手術病院で行います。また、必要ならば全身を調べる検査を行う場合があります。

肺がん以外のがんは検査の対象外となります。人間ドックや、居住する自治体が実施する健康診断を利用し、必ず受けて下さい。

# 連携手帳を用いた診療の流れ

## 連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

身長_____ c m      体重_____ k g	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 特記事項
既往歴および 現在治療中の 病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

連絡先
手術病医院
病院名
科名
医師名
I D
電話
かかりつけ医
病・医院名
医師名
I D
電話
かかりつけ薬局
薬局名
電話

診 断：\_\_\_\_\_

最近の入院： 年 月 日から 年 月 日

手術記録

手術日	_____年_____月_____日
術 式	
組織型	
病理病期	T =                      N =                      M =
	0      I A      I B      II A      II B      III A      III B      IV

$\left[ \begin{array}{c} \text{I A 1} \\ \text{I A 2} \\ \text{I A 3} \end{array} \right]$

退院時の特記事項



1 年 9 ヶ月	2 年	2 年 3 ヶ月	2 年 6 ヶ月	2 年 9 ヶ月	3 年	3 年 4 ヶ月	3 年 8 ヶ月	4 年	4 年 4 ヶ月	4 年 8 ヶ月	5 年
／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
○	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●
○	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●
○	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●
○	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●
	●				●			●			●
／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／



術後 3 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 6 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 9 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年 3 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年 6 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年 9 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 2 年

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン



術後 2 年 3 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受診医療機関 \_\_\_\_\_医院 \_\_\_\_\_病院

医師記入欄

臨床所見 ☐異常あり ☐異常なし

採血（ 月 日） ☐異常あり ☐異常なし

異常ありの場合、その項目・数値\_\_\_\_\_

胸部レントゲン（ 月 日） ☐異常あり ☐異常なし

胸部・腹部 CT（ 月 日） ☐異常あり ☐異常なし

その他の検査（ 月 日） ☐異常あり ☐異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 2 年 6 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 2 年 9 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 3 年

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見

☐異常あり    ☐異常なし

採血（    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

異常ありの場合、その項目・数値

\_\_\_\_\_

胸部レントゲン    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

胸部・腹部 CT    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

その他の検査    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 3 年 4 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部 CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 3 年 8 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見

☐異常あり    ☐異常なし

採血（    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

異常ありの場合、その項目・数値

\_\_\_\_\_

胸部レントゲン    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

胸部・腹部 CT    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

その他の検査    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 4 年

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見

☐異常あり    ☐異常なし

採血（    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

異常ありの場合、その項目・数値

\_\_\_\_\_

胸部レントゲン    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

胸部・腹部 CT    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

その他の検査    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 4 年 4 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見

☐異常あり    ☐異常なし

採血（    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

異常ありの場合、その項目・数値

\_\_\_\_\_

胸部レントゲン    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

胸部・腹部 CT    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

その他の検査    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

医師のコメント欄・サイン



術後 4 年 8 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血（ 月 日） ☐ 異常あり ☐ 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値\_\_\_\_\_

胸部レントゲン（ 月 日） ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部・腹部 CT（ 月 日） ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他の検査（ 月 日） ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 5 年

患者さん記入欄

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診医療機関 \_\_\_\_\_ 医院 \_\_\_\_\_ 病院

医師記入欄

臨床所見

☐異常あり    ☐異常なし

採血（    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

異常ありの場合、その項目・数値

\_\_\_\_\_

胸部レントゲン    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

胸部・腹部 CT    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

その他の検査    （    月    日）

☐異常あり    ☐異常なし

医師のコメント欄・サイン

## 《肺がんの手術を受けられた方へ》

### ＊ 腹式呼吸・適度な運動を習慣にしましょう

肺の柔軟性を保つため、深呼吸（腹式呼吸）を引き続き行ってください。  
また、散歩などの適度な運動を習慣にしましょう。

息苦しくなった時は、あせらずゆっくりと深呼吸を繰り返しましょう。  
通常と異なる息苦しさが続くときは、早めにかかりつけ医に相談しましょう。

### ＊ 風邪の予防をしましょう

手術後は手術前と比べ、肺の機能が低下するので、風邪の予防は重要です。  
人ごみや空気の悪い場所は避けてください。また、外出時はマスクをし、手洗い・うがいをしっかり行ってください。

37.5 度以上の熱が続くようであれば、早めにかかりつけ医に受診してください。

### ＊ 禁煙を守りましょう

日常生活は手術前と同様、普通に行ってもかまいません。規則正しい生活リズムを守りましょう。

残った肺の健康のために、タバコはやめましょう。タバコを続けると再発の危険や、肺炎を起こして重篤な状態になることがあります。

## 《肺がんの手術を受けられた方へ》

### ＊ 痛みについて

咳やくしゃみをした時に肋骨にそった鈍い痛みが 1 年前後続きますが、徐々に軽減していきます。

痛み止めのお薬は、決められた用法・用量を守って飲んでください。痛み止めを続けて使う場合は、1 日 3 回まで 6 時間以上あけて使ってください。

### ＊ 定期健診について

再診・定期健診は、今後の健康維持と再発の早期発見のため、必ず受診しましょう。

### ＊ その他

不安なことや分からないことがありましたら、医師・看護師にご相談ください。

緊急を要する場合で、休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術を受けた病院（電話番号は 3 ページにあります）までご連絡ください。

## 『埼玉県がん医療連携手帳－肺がん－』について

肺がんの術後は定期的な通院と、呼吸機能の早期回復が重要です。埼玉県では、手術を受けられた方に安心して治療・通院を受けていただけるように地域をあげて取り組んでいます。患者さんの個々の状態により多少の違いはありますが、かかりつけ医までを含めた複数の医療機関で医療情報を共有し、切れ目のない治療を継続してまいります。十分な機能回復が果たせますように、医療者のみならず手術を受けられた方・ご家族の方々の、ご理解・ご協力をお願いします。

## 『埼玉県がん医療連携手帳－肺がん－』の利点

- ・ 主治医が複数になると考えることができます。
- ・ 異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めるでしょう。
- ・ 病院や診療所の混雑が解消される効果も望めるでしょう。

この手帳を利用することで、患者さんやご家族のお話をもっとうかがえるようになるものと考えています。

また、他の医療機関を受診する場合でも、おくすり手帳と一緒に連携手帳を持参すれば治療内容がせいかくに伝わり診療に役立ちます。

## 『埼玉県がん医療連携手帳－肺がん－』の利点

私たちは、埼玉県がん医療連携手帳を利用することが、患者さんの療養生活や診療方針に役立つと考える場合、利用をお勧めしています。関係する医療機関、患者さんやご家族と相談しながら運用をすすめます。使用中の変更・中止にも応じます。

## 『埼玉県がん医療連携手帳－肺がん－』の使い方

- 1) 連携元病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分について記入してください。
  - a) 5 ページの手帳記録
  - b) 6 ページの特記事項
- 2) 患者さんは初めて手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入ください。
  - a) 4 ページのお名前など各項目
- 3) 9 ページ以降の記入は患者さんと医師が共同で行います。

医療機関を受診されるときは「手帳」の携帯をお願いします。

患者さんは、診察前にあらかじめ受診の日付と症状などを記入して下さい。

医師は、診察結果のチェックとサイン、必要に応じてコメントの記入や診療情報提供書の発行をお願いします。

埼玉県医師会

埼玉県がん診療連携協議会

ご意見がございましたら下記にお寄せください。

(事務局) 埼玉県立がんセンター

TEL 048-722-1111

FAX 048-722-1129