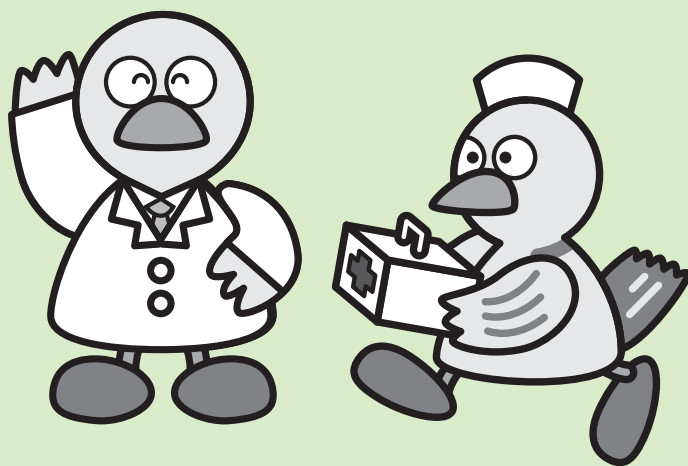


埼玉県医療連携手帳 (肺)



お名前 _____

生年月日 明・大
昭・平 ____年 ____月 ____日

連携手帳とは

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6、7ページ目に連携診療計画書として定期検査の予定をまとめました。

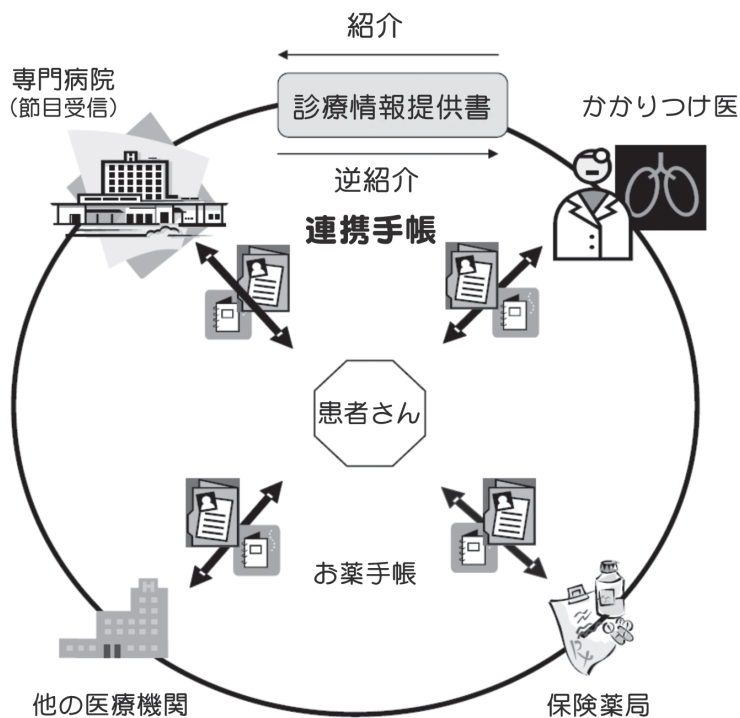
腫瘍サイズ2 cm以下の病期ⅠA期と診断された患者さんは、術後に追加して抗がん剤治療を行う必要はない、とされています。しかし、再発が全くない、というわけではなく、定期的な検査が必要です。

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。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	☐ なし ☐ あり ☐ 不明 特記事項
既往歴および現在治療中の病気	☐ なし ☐ 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	T =	N =	M =
病理病期	T =	N =	M =
	I A	I B	II A II B III A III B IV

退院時の特記事項

連携診療計画書(肺がん)

診療内容		手術後	3ヵ月	6ヵ月	9ヵ月	1年	1年 3ヵ月	1年 6ヵ月
		年月日	/	/	/	/	/	/
問診	痛み、発熱、咳の有無、 その他の症状を確認します。		●	○	○	●	○	○
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の 腫大の有無を確認します。		●	○	○	●	○	○
検査	血液検査（肝、腎機能、 腫瘍マーカー）をみます		●	○	○	●	○	○
	レントゲン （胸に異常が無いかをみます）		●	○	○	●	○	○
	胸部・腹部 CT（肺、縦隔、 上腹部の転移の有無をみます）					●		
	その他の検査 （ ）							
	その他の検査 （ ）							
投薬	定時の薬以外を処方した際は 通信欄に記入します							
説明	（特別な）説明							
その他	特別な事は通信欄に記入します （記入した日付けをいれます）		/	/	/	/	/	/

1年 9ヵ月	2年	2年 3ヵ月	2年 6ヵ月	2年 9ヵ月	3年	3年 4ヵ月	3年 8ヵ月	4年	4年 4ヵ月	4年 8ヵ月	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 ☐ 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 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 ☐ 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 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 ☐ 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 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 ☐ 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 1 年 3 ヲ月

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 1 年 6 ヲ月

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 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 ☐ 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

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 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 ☐ 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 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 ☐ 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

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 ☐ 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 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、休日や夜間等にかかりつけ医を受診できない場合は、手術を受けた病院までご連絡ください。

✕ 𐄌

[illegible]

✕ 𐄌

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

✕ 𐄌

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

——— この手帳の使い方について ———

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) 4 ページの手術記録

b) 5 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) 3 ページの身長・体重など各項目

3) 8 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