様式１３の３

診察・検査予定表（肺がん術後）

患者さんに渡す前に、あらかじめ役割分担を決め、
◎かかりつけ医療機関が行う
●手術をした病院が行う
□かかりつけ医療機関または手術をした病院のどちらかで行う
のいずれかを記述してください。

		２週間	１ヶ月	２ヶ月	３ヶ月	４ヶ月	６ヶ月	９ヶ月	１年
手術日	____年____月____日	____年 __月____日	____年 __月____日	____年 __月____日	_____年 ___月____日	_____年 ____月____日	_____年 ____月____日	_____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。	●	●	◎	●	◎	●	◎	●
	チェック								
触聴診	呼吸音の確認、頸部リンパ節の腫大の有無を確認します	●	●	◎	●	◎	●	◎	●
	チェック								
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー、CBC）	●	●	◎	●	◎	●	◎	●
	チェック								
	レントゲン（肺に異常が無いかをみます）	●	●		●		●		
	チェック								
	胸部ＣＴ（肺、縦隔の転移の有無をみます）								●
	チェック								
	腹部ＣＴまたはエコー （腹腔内の転移の有無をみます）								
	チェック								
	その他の検査（　　）								
	チェック								
投薬 UFT【　E 顆粒　・カプセル 】 （　　）mg、（　　）回/日		●	●	◎	●	◎	●	◎	●
チェック									
連携　（診療情報提供書の発行）			●	◎	●	◎	●	◎	●
チェック									
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)									
署名									

患者さんに渡す前に、あらかじめ役割分担を決め、
◎かかりつけ医療機関が行う
●手術をした病院が行う
□かかりつけ医療機関または手術をした病院のどちらかで行う
のいずれかを記述してください。

診察・検査予定表（肺がん術後）

		１年３ヶ月	**１年６ヶ月**	１年９ヶ月	**２年**	２年３ヶ月	**２年６ヶ月**	２年９ヶ月
手術日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿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。	◎	●	◎	●	◎	●	◎
	チェック							
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の肥大の有無を確認します。	◎	●	◎	●	◎	●	◎
	チェック							
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー、CBC）	◎	●	◎	●	◎	●	◎
	チェック							
	レントゲン（肺に異常が無いかをみます）		●				●	
	チェック							
	胸部ＣＴ（肺、縦隔の転移の有無をみます）				●			
	チェック							
	腹部ＣＴまたはエコー（腹腔内の転移の有無をみます）							
	チェック							
	その他の検査（　　）							
	チェック							
投薬 UFT【　Ｅ顆粒　・カプセル 】（　　）mg、（　　）回/日		◎	●	◎	●			
チェック								
連携　（診療情報提供書の発行）		◎	●	◎	●	◎	●	◎
チェック								
コメント（書ききれないときは特記事項欄に記入）								
署名								

患者さんに渡す前に、あらかじめ役割分担を決め、
◎かかりつけ医療機関が行う
●手術をした病院が行う
□かかりつけ医療機関または手術をした病院のどちらかで行う
のいずれかを記述してください。

診察・検査予定表（肺がん術後）

		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
手術日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿年＿＿月＿＿日	＿＿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。	●	◎	●	◎	●	◎	●
	チェック							
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の肥大の有無を確認します。	●	◎	●	◎	●	◎	●
	チェック							
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー、CBC）	●	◎	●	◎	●	◎	●
	チェック							
	レントゲン（肺に異常が無いかをみます）			●				●
	チェック							
	胸部ＣＴ（肺、縦隔の転移の有無をみます）	●				●		
	チェック							
	腹部ＣＴ（腹腔内の転移の有無をみます）							
	チェック							
	その他の検査（　　）							
	チェック							
連携　（診療情報提供書の発行）		●	◎	●	◎	●	◎	●
	チェック							
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)								
署名								

診察・検査予定表（肺がん術後）

		４年９ヶ月	５年
手術日	＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	＿＿＿＿年 ＿＿＿月＿＿＿日	＿＿＿＿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。	◎	●
	チェック		
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の肥大の有無を確認します。	◎	●
	チェック		
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー、CBC）	◎	●
	チェック		
	レントゲン（肺に異常が無いかをみます）		
	チェック		
	胸部ＣＴ（肺、縦隔の転移の有無をみます）		●
	チェック		
	腹部ＣＴ（腹腔内の転移の有無をみます）		
	チェック		
	その他の検査（　　）		
	チェック		
連携　（診療情報提供書の発行）		◎	●
	チェック		
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			