

診療情報提供書
(肺がん術後地域連携クリニカルパス)

年 月 日

広島大学病院

担当医 先生
(FAX:082-257-1720 がん治療センター)

連携先病院(病院名および所在)

医師名: (印)

※医師名欄は、署名もしくは記名押印

患者氏名	性別	生年月日
(当院ID)		
住所		
電話番号		

傷病名: IA期肺がん術後(地域連携パス) 手術日 年 月 日

受診日: 年 月 日 (術後 年 ヶ月後)

紹介目的: 共同診療計画に沿った診療

既往歴:

症状経過・検査結果および治療経過

		コメント			コメント	
観察項目	全身倦怠感	無・有	検査	血液検査	異常 (無・有)	
	食欲低下	無・有		腫瘍マーカー	CEA	異常 (無・有)
	体重減少	無・有			SLX	異常 (無・有)
	痛み	無・有			シフラ	異常 (無・有)
	咳	無・有			SCC	異常 (無・有)
	息苦しさ	無・有		胸部X線検査	異常 (無・有)	
投薬	内服状況確認	無・有	胸部CT	異常 (無・有)		
	併用薬チェック	無・有	その他:	異常 (無・有)		
			SPO2	%		

コメント

有害事象の発生なく、診療計画に沿い定期的な受診、検査が行えたので報告します。

施行検査 血液検査 胸部X線検査 腫瘍マーカー 胸部CT

添付資料 検査データ その他()

現在の処方