

佐賀県肺がん地域連携パス 根治療法後の連携計画書（様式 3-1）

氏名 様 計画策定病院 ID

A→● 計画した病院 ()
B→○ 連携する医療機関 ()

受診の めやす	1 ヶ月 後	3 ヶ月 後	6 ヶ月 後	9 ヶ月 後	1 年後	1 年 3 ヶ月後	1 年 6 ヶ月後	1 年 9 ヶ月後	2 年後	2 年 3 ヶ月後	2 年 6 ヶ月後
診察	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
バイタル	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
血液検査	●	○	●	○	●	○		○	●	○	
胸部 X 線	●			○		○	●	○		○	●
胸部 CT			●		●				●		
頭部 MRI							●				●
受診の めやす	2 年 9 ヶ月後	3 年後	3 年 3 ヶ月後	3 年 6 ヶ月後	3 年 9 ヶ月後	4 年後	4 年 3 ヶ月後	4 年 6 ヶ月後	4 年 9 ヶ月後	5 年後	備考欄
診察	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	
バイタル	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	
血液検査	○	●	○		○	●	○		○	●	
胸部 X 線	○		○	●	○		○	●	○		
胸部 CT		●				●				●	
頭部 MRI				●				●			

この表はあくまでも計画表です。状況に応じて変更することがあります。患者様は各医療機関の指示に従って受診して下さい。

佐賀県肺がん地域連携パス 根治療法後の連携診療情報書（様式 3-2）

氏名							様							計画策定病院 ID						
A→● 計画した病院 () B→○ 連携する医療機関 ()																				
受診日		○を記載		診察内容・所見				血液検査所見		画像所見		評価等				印				
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								
年 月 日		A B		呼吸状態： 疼痛： BP / , HR				CEA:				☐ 経過良好 ☐ その他								

- 連携医療機関の担当医へ：様式 3-2、3 は情報提供書として使用可能です（FAX、郵送可）。
- がん診療に係わる情報提供後、月 1 回に限り「がん治療連携指導料」の算定が可能です。
- 様式 3-2 で不足な場合は様式 3-3 を自由にご活用下さい（様式 3-3 は必須ではありません）。

佐賀県肺がん地域連携パス 根治療法後の連携診療情報書（様式 3-3）

氏名 様 計画策定病院 ID

A→● 計画した病院 ()

B→○ 連携する医療機関 ()

年 月 日 に受診されましたので、下記報告致します。

記載日 年 月 日

申し送り事項、連絡内容等

連携登録医療機関名

主治医名

様式のコピー使用可