

佐賀県肺癌連携パス 様式4-1

計画策定病院: _____ 担当医: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関: _____ 担当医: _____ 連絡先: _____

患者氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日: T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日

組織型: ☐ 非小細胞癌 (☐ 腺癌 ☐ 扁平上皮癌 ☐ 大細胞癌 ☐ その他)
☐ 小細胞癌

病期: _____

EGFR遺伝子変異: ☐ あり ☐ なし ☐ 不明

今後の化学療法の予定 ☐ あり ☐ なし

計画策定病院の通院間隔 ☐ 1ヶ月に2回程度 ☐ 1ヶ月に1回 ☐ その他 (_____)

受診日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
全身状態	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	
食欲	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	
呼吸器症状	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	
疼痛	コントロール	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良
	使用薬剤															
連絡事項																
バリエーション																

受診日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
全身状態	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	☐ 不良	☐ 良	
食欲	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	
呼吸器症状	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	
疼痛	コントロール	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良	☐ 良	☐ 可	☐ 不良
	使用薬剤															
連絡事項																
バリエーション																

* 症状増悪時は連携医療機関への入院予定 ☐ あり ☐ なし

FAXの送信先