

佐賀県肺癌連携パス 様式4-2 【治療計画書】

ID:		患者氏名:		生年月日:	
計画策定病院:		連絡先		担当医:	
連携医療機関:		連絡先		担当医:	

○連携医療機関で行う
●計画策定病院で行う

△必要があれば連携医療機関で行う
▲必要があれば計画策定病院で行う

		1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	12か月
問診、診察		○or●											
採血(CBC、生化学など)		△or▲											
画像検査	胸部レントゲン	△or▲											
	胸腹部CT	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
	頭部MRI	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
	その他	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

13か月以降継続する場合も、同様のスケジュールで行います。