

佐賀県肺癌連携パス 様式5-1

化学療法用

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

化学療法のレジメン: ① _____ ② _____ ③ _____
 ④ _____ ⑤ _____ ⑥ _____

		コース目		コース目		コース目	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
投与前の チェック項目	①胸部レントゲン	☐		☐		☐	
	②CBC、生化学	☐		☐		☐	
副作用	G3以上の 血液毒性	☐ あり		☐ あり		☐ あり	
		☐ なし		☐ なし		☐ なし	
	G3以上の 非血液毒性	☐ あり		☐ あり		☐ あり	
		☐ なし		☐ なし		☐ なし	
その他の 特記すべき有害事象							
連絡事項							
バリエーション							
		コース目		コース目		コース目	
		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
投与前の チェック項目	①胸部レントゲン	☐		☐		☐	
	②CBC、生化学	☐		☐		☐	
副作用	G3以上の 血液毒性	☐ あり		☐ あり		☐ あり	
		☐ なし		☐ なし		☐ なし	
	G3以上の 非血液毒性	☐ あり		☐ あり		☐ あり	
		☐ なし		☐ なし		☐ なし	
その他の 特記すべき有害事象							
連絡事項							
バリエーション							

☐ 増悪時は計画策定病院に連絡してください。

《治療効果判定》原則計画策定病院で行います。

☐ 2コース毎 ☐ 3コース毎 ☐ 4コース毎 ☐ ()コース毎

FAXの送信先