

佐賀県肺癌連携パス 様式5-2 【治療計画書】

化学療法用

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

▲必要があれば計画策定病院で行う

		1コース目	2コース目	2コース終了時の 効果判定	3コース目	4コース目	4コース終了時の 効果判定	5コース目	6コース目	6コース終了時の 効果判定
胸部レントゲン		○	○		○	○		○	○	
採血(CBC、生化学)		○	○		○	○		○	○	
副作用チェック		○	○		○	○		○	○	
画像検査	胸腹部CT			●			●			●
	頭部MRI			▲			▲			▲
	その他画像検査			▲			▲			▲
化学療法		○	○		○	○		○	○	
その他										

6コース以降継続の場合も、同様のスケジュールで行います。

レジメンにより効果判定の時期が変更になる場合があります。