

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 @@ORIBP\_KANJI@@ 様

計画策定病院 ID

A→● 計画した病院 ( )

B→○ 連携する医療機関 ( )

手術日： 年 月

受診の めやす (術後)	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 @@ORIBP\_KANJI@ 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:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	A B	呼吸状態： 疼痛： BP / , HR	CEA:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	A B	呼吸状態： 疼痛： BP / , HR	CEA:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	A B	呼吸状態： 疼痛： BP / , HR	CEA:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	A B	呼吸状態： 疼痛： BP / , HR	CEA:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	A B	呼吸状態： 疼痛： BP / , HR	CEA:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	A B	呼吸状態： 疼痛： BP / , HR	CEA:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> その他	
年 月 日	A B	呼吸状態： 疼痛： BP / , HR	CEA:		<input type="checkbox"/> 経過良好 <input type="checkbox"/> 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 @@ORIBP\_KANJI@@ 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