

# 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: <<ORIBP\_KANJI>> \_\_\_\_\_ 性別: <<ORIBP\_SEX>> \_\_\_\_\_ 生年月日: <<ORIBP\_BIRTHDAY\_W>> \_\_\_\_\_

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		
疼痛	コントロール	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 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		
疼痛	コントロール	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_