

肺がん地域連携パス（患者用：手術後3～5年目）



手術日 年 月 日 お名前:

	かかりつけ 医 2年 3ヶ月	かかりつけ 医 2年 6ヶ月	計画策定 病院 2年6ヶ月	かかりつけ 医 2年 9ヶ月	かかりつけ 医 3年	計画策定 病院 3年	かかりつけ 医 3年 6ヶ月	かかりつけ 医 4年	計画策定 病院 4年	かかりつけ 医 4年 6ヶ月	かかりつけ 医 5年	計画策定 病院 5年目
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標	安定した生活状況 再発がない											
症状	殆ど気になりません											
生活	安心して生活しましょう。											
服薬	抗がん剤の内服は終了しましたが、引き続き通院加療が必要です。											
血液検査	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部レントゲン	○	○		○	○		○	○		○	○	
CT			○			○			○			○
頭部MRI/CT						○						
PET												

5年目以降は、
毎年がん検診を受けましょう

肺がん自己チェックリスト



	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
吐き気・嘔吐												
だるさ・ふらつき												
のどの痛み・発熱												
口内炎												
下痢												
色素沈着												
発赤・発疹												
体がだるい												
手足のむくみ												
体重増加・減少												
痰が多い												
痰に血が混じる												
微熱が続く												
傷口に痛み・発赤												
息切れ												
咳が続く												
その他（気になること）												



- ・ 毎月1回、受診の前日（ご自分で決めた日もよいです）に自己チェックをおこなしましょう。
- ・ チェックリストにそって、気になる項目に○印をつけてください。

