

# 共同診療計画書 肺がん術後UFT内服パス(1～6カ月)

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	がん拠点病院	がん拠点病院	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	／ 内服前	／ 1ヵ月目	／ 2ヵ月目	／ 3ヵ月目	／ 4ヵ月目	／ 5ヵ月目	／ 6ヵ月目
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>UFT内服の必要性を理解する</li> <li>UFTの副作用の説明を受けた</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>安全に内服できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全に内服できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安全に内服できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発がない</li> </ul>
治療・薬剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>投与量（体表面積）  <math>\geq 1.30\text{m}^2 \rightarrow 400\text{mg}2\text{x}</math>  <math>&lt; 1.30\text{m}^2 \rightarrow 300\text{mg}3\text{x}</math> </li> <li>服用開始                      年 月 日                 </li> </ul>	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません						
口内炎		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
吐き気		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
食欲低下		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
皮膚の異常		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> UFTの説明 <input type="checkbox"/> 薬剤師からのUFTの説明 <input type="checkbox"/> 薬剤師による併用薬の確認 <input type="checkbox"/> 治療同意書		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	

# 共同診療計画書

## 肺がん術後UFT内服パス(7~12カ月)

がん拠点病院：

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	/ 7カ月目	/ 8カ月目	/ 9カ月目	/ 10カ月目	/ 11カ月目	/ 12カ月目
達成目標	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
治療・薬剤	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
口内炎	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
吐き気	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
皮膚の異常	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族 への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)  診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	

# 共同診療計画書

## 肺がん術後UFT内服パス(13~18カ月)

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	／ 13カ月目	／ 14カ月目	／ 15カ月目	／ 16カ月目	／ 17カ月目	／ 18カ月目
達成目標	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
治療・薬剤	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
口内炎	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
吐き気	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
皮膚の異常	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)  診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	



# 共同診療計画書 肺がん術後パス（3年目）

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	／ 26ヵ月目	／ 28ヵ月目	／ 30ヵ月目	／ 32ヵ月目	／ 34ヵ月目	／ 36ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談
診察医師サイン						

# 共同診療計画書

肺がん術後パス（4年目）

がん拠点病院：

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	/ 38ヵ月目	/ 40ヵ月目	/ 42ヵ月目	/ 44ヵ月目	/ 46ヵ月目	/ 48ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談
診察医師サイン						

# 共同診療計画書

肺がん術後パス（5年目）

がん拠点病院： \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

かかりつけ医： \_\_\_\_\_

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	/ 50ヵ月目	/ 52ヵ月目	/ 54ヵ月目	/ 56ヵ月目	/ 58ヵ月目	/ 60ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動の制限	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談
診察医師サイン						