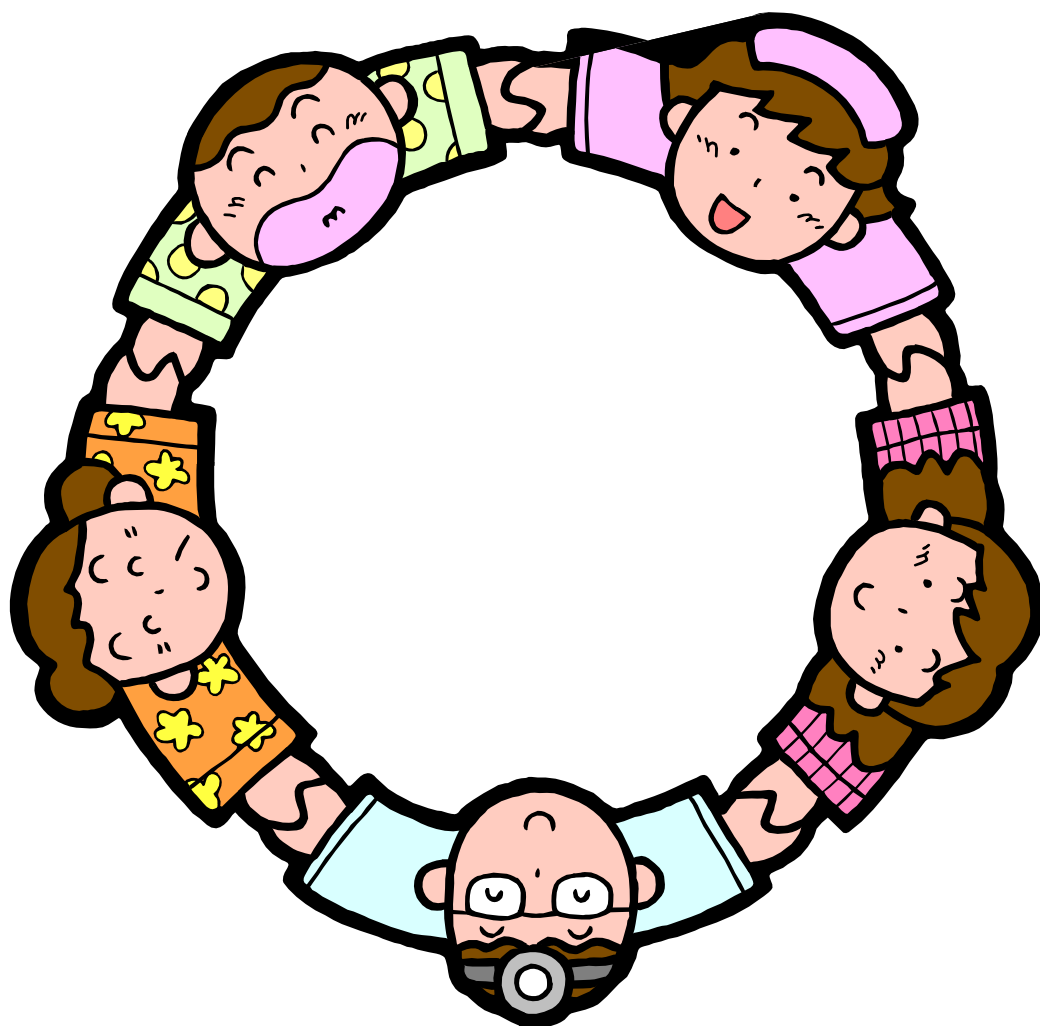


肺がん術後連携パス

手術後フォローアップ



堺市立総合医療センター



はじめに

【連携パス】とは、あなたと地域のかかりつけ医とがん治療の基幹病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、かかりつけ医と堺市立総合医療センターの医師が協力して、あなたの治療を行います。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は堺市立総合医療センターが行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて堺市立総合医療センターを受診していただきます。また、**緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、堺市立総合医療センター（072-272-1199代表）までご連絡ください。**

この「連携パス」を活用することで、堺市立総合医療センターと地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります



もくじ

退院後の日常生活 【 p.3～p.8 】

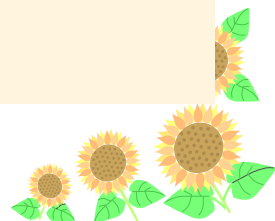
退院後もこれだけは忘れずに！
【 p.9～p.10 】

あなたが受けた手術について 【 p.11 】

メモ 【 p.12 】

肺がん術後連携パス・検査値貼布スペース
【 p.13～p.28 】

堺市立総合医療センターの各部署・担当等
のご案内
【 p.29～p.30 】



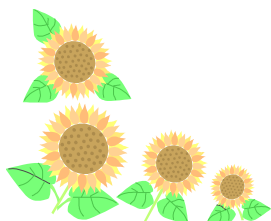
退院後の日常生活



退院おめでとうございます！

手術後まだ症状が残っている方もありますが次第にその症状も回復してきます。

特に胸部の痛み（神経痛のような又は圧迫されるような痛み）は半年～1年位続くことがあります。しかし、人によっては程度の違いはありますが、通常軽快していきますので安心してください。ご家庭に帰られてからは、次のことに注意して下さい。



退院後の日常生活



1. 日常生活

規則正しい生活を心がけましょう。

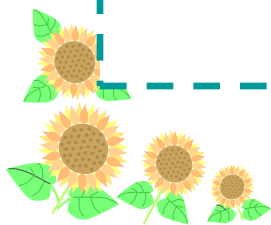
2. 運 動

最初に始める運動は散歩やウォーキングからにしましょう。

仕事への復帰やはげしい運動(テニス・ジョギングなど)は主治医との相談が必要です。

退院時に目安となるパンフレットをお渡しします。

それに加え外来時にその都度相談しましょう。



退院後の日常生活



3. 作 業

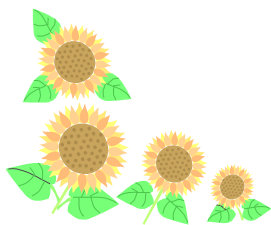
軽労作業に従事できるようになりますが、復職についてご不安があれば、主治医と相談してください。

4. 睡 眠

一日約6～8時間取るようにして下さい。

5. 禁 煙

タバコは今後の経過に支障があります。このまま禁煙を続けて下さい。



退院後の日常生活

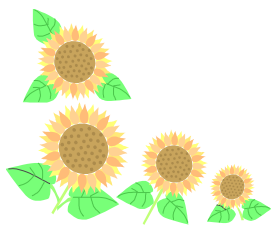


6. 清 潔

チューブが入っていたところの抜糸は退院後の外来になることがあります。

退院前日に抜糸が終了していない方は主治医もしくは看護師に退院後のシャワー浴とガーゼ交換について相談して下さい。

(テープの交換だけで消毒が不要な場合もあります。)



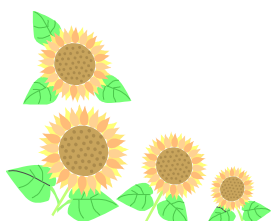
退院後の日常生活



7. その他

- 1) 風邪を引かないように十分注意して、外出より帰宅時はうがいをしましょう。
- 2) 高カロリー、高蛋白でバランスのよい食事をとりましょう。
- 3) 衣服は深呼吸が十分できるように胸やお腹をしめつけないものにしましょう。
- 4) 痛みのある方は傷を冷やさないようにして下さい。

入浴や温湿布は痛みに対して有効です。



～メモ～

・
・
・
・
・
・
・
・

退院後もこれだけは忘れずに！

☆ 定期的な診察や検査に行きましょう

手術後5年を目途に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、**定期検査は肺がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。**



定期的な診察や
検査を

☆ 毎月1回、自己検診を続けましょう

どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月1回、日を決めて、ご自分で症状をチェックしてください。気になるところがあったら、主治医に相談してください。





指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、手術後の状態を安定させるためや手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用してください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。



悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、明るく、希望を持って前進し、病気をしてかえって良かったと思われるような建設的な生活を送ってください。



～ メモ ～

【あなたが手術を受けた日】

平成 年 月 日

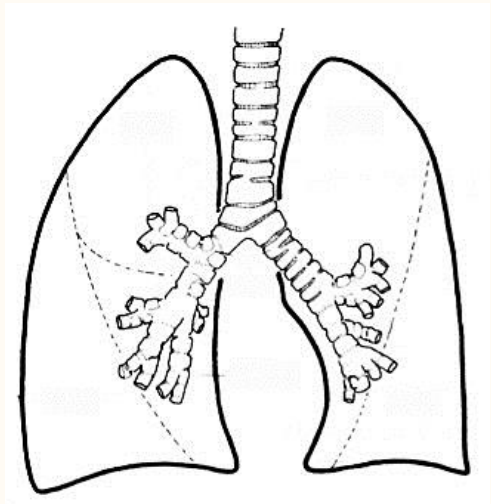
【診断について】

- 1、非小細胞肺癌
- 2、組織型:
- 3、進行度(病理病期): Stage I でした。

T: _____ N: 0 M: 0

【受けた手術】

- 肺部分切除術
- 肺区域切除術
- 肺葉切除術
- リンパ郭清術



※ 退院にあたって、薬剤の処方がある場合は薬剤師から服薬指導、服薬記録の説明を行います。
よくお聞き頂いて、理解できない場合はお気軽にご質問ください。

- 治療スケジュール説明
- 患者様用パス説明
- 服薬指導



～メモ～

・
・
・
・
・
・
・
・

肺がん術後連携パス(手術後～1年半)

○は必須項目

術後		3ヶ月	6ヶ月
施設		連携施設	堺市立総合医療センター
診察・検査	受診日(目安)	/	/
	受診日(確定)	/	/
	診察	○	○
	血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
		<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
		<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
		<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()
		<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()
		<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()
		<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
画像検査		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月～12ヶ月に実施予定)	
連携 連絡	※堺市立総合医療センターは6ヶ月毎に受診 再発等の場合、堺市立総合医療センターに連絡		
目標	がんの再発がない		
	安定した生活状況である		
バリエーション	がんの再発		
	その他()		
自覚症状	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	咳が出る	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	血が混じった痰がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	体重	kg	kg
	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう



患者様への説明後、
チェックして下さい。



**連携・連絡
(退院時まで)**

術後連携の説明

患者様用パス説明

手術後後遺症・再発等
発生時の連絡先

確認の実施

9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月
連携施設	堺市立総合医療センター	連携施設	堺市立総合医療センター
/	/	/	/
/	/	/	/
○	○	○	○
<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()
<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()
<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()
<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI (6ヶ月~12ヶ月に実施予定)		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI (6ヶ月~12ヶ月に実施予定)

※堺市立総合医療センターは6ヶ月毎に受診 再発等の場合、堺市立総合医療センターに連絡

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg	kg
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()



検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう



肺がん術後連携パス(1年半～3年)

○は必須項目

術後		1年9ヶ月	2年	
施設		連携施設	堺市立総合医療センター	
診察・検査	受診日(目安)	/	/	
	受診日(確定)	/	/	
	診察	○	○	
	血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
		<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
		<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
		<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()
		<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()
		<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()
		<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()		
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()		
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()		
画像検査		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月～12ヶ月に実施予定)		
連携 連絡		 <p>※堺市立総合医療センターは6ヶ月毎に受診 再発等の場合、堺市立総合医療センターに連絡</p>		
目標	がんの再発がない			
	安定した生活状況である			
バリエーション	がんの再発			
	その他()			
自覚症状	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	咳が出る	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	血が混じった痰がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	体重	kg	kg	
	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう



2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
連携施設	堺市立総合医療センター	連携施設	堺市立総合医療センター
/	/	/	/
/	/	/	/
○	○	○	○
<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()
<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()
<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()
<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	腹部 ・ 胸部CT ・ 胸部X線 + 脳MRI (6ヶ月～12ヶ月に実施予定)		腹部 ・ 胸部CT ・ 胸部X線 + 脳MRI (6ヶ月～12ヶ月に実施予定)

※堺市立総合医療センターは6ヶ月毎に受診 再発等の場合、堺市立総合医療センターに連絡

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
kg	kg	kg	kg
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()



検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう



肺がん術後連携パス(3年～4年半)

○は必須項目

術後		3年3ヶ月	3年6ヶ月
施設		連携施設	堺市立総合医療センター
診察・検査	受診日(目安)	/	/
	受診日(確定)	/	/
	診察	○	○
	血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
		<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
		<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
		<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()
		<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()
		<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()
		<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
画像検査		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月～12ヶ月に実施予定)	
連携 連絡		※堺市立総合医療センターは6ヶ月毎に受診 再発等の場合、堺市立総合医療センターに連絡	
目標	がんの再発がない		
	安定した生活状況である		
バリエーション	がんの再発		
	その他()		
自覚症状	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	咳が出る	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	血が混じった痰がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	体重	kg	kg
	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう



3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月
連携施設	堺市立総合医療センター	連携施設	堺市立総合医療センター
/	/	/	/
/	/	/	/
○	○	○	○
<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()
<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()
<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()
<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()	<input type="checkbox"/> CEA ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	腹部 ・ 胸部CT ・ 胸部X線 + 脳MRI (6ヶ月～12ヶ月に実施予定)		腹部 ・ 胸部CT ・ 胸部X線 + 脳MRI (6ヶ月～12ヶ月に実施予定)

※堺市立総合医療センターは6ヶ月毎に受診 再発等の場合、堺市立総合医療センターに連絡

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
kg	kg	kg	kg
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()



検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう



肺がん術後連携パス(4年半～5年)

○は必須項目

術後		4年9ヶ月	5年	
施設		連携施設	堺市立総合医療センター	
診察・検査	受診日(目安)	/	/	
	受診日(確定)	/	/	
	診察	○	○	
	血液検査	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()	<input type="checkbox"/> WBC ()
		<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()	<input type="checkbox"/> 好中球 ()
		<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()	<input type="checkbox"/> 血小板 ()
		<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()	<input type="checkbox"/> T-Bil ()
		<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()	<input type="checkbox"/> GOT ()
		<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()	<input type="checkbox"/> GPT ()
		<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()	<input type="checkbox"/> Cr. ()
	腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
画像検査		腹部・胸部CT・胸部X線 + 脳MRI(6ヶ月～12ヶ月に実施予定)		
連携 連絡		※堺市立総合医療センターは6ヶ月毎に受診 再発等の場合、堺市立総合医療センターに連絡		
目標	がんの再発がない			
	安定した生活状況である			
バリエーション	がんの再発			
	その他()			
自覚症状	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	咳が出る	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	血が混じった痰がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	体重	kg	kg	
	発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

内はあなたにご記入いただきます。

気になる自己診断項目を記録し、医師に相談しましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう



堺市立総合医療センターの各部署・担当等のご案内

医療相談看護相談窓口

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように医療相談窓口（1階）で相談をお受けしています。また、がん診療連携拠点病院として、がんに関する相談もお受けしております。

患者支援担当は堺市立総合医療センターに入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して暖かな医療・看護が受けられるよう、医師または看護師など堺市立総合医療センター内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

**窓口開設時間：月曜日～金曜日の午前9時～午後5時
（休日と年末年始を除く）**

電話番号：072-272-1199

地域医療連携室

地域医療連携室では、地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と堺市立総合医療センター医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

医療心理相談


がんの告知後や手術前後の心理的な不安を抱える患者さん・家族に対して心理的援助を行います。医療心理相談を希望される方は医療相談窓口へお申し出ください。

緊急連絡先

緊急を要する場合で休日や夜間などかかりつけ医を受診できない場合は、下記までご連絡ください。

堺市立総合医療センター

TEL 072-272-1199(代表)

 電話で連絡されるときには以下のことを伝えてください。

名前・年齢・診察券の番号

病名

診療科

担当医の氏名

治療(いつ手術を受けたか)

症状(いつから症状が出たか)

現在のいる場所





堺市立総合医療センター

TEL 072-272-1199 (代表)

あなたのお名前

さん

かかりつけ医

(電話 — —)

病院

科

電話

— —

(代表)

平成27年7月