

# 診察・検査予定表：肺がん

術後経過 年月日	5年 6ヶ月	6年	6年 6ヶ月	7年	7年 6ヶ月	8年	8年 6ヶ月	9年	9年 6ヶ月	10年
診察	/	○	/	○	/	○	/	○	/	○
腫瘍マーカー ( )										
レントゲン										
胸腹部CT		○		○		○		○		○
脳CT・MRI										
投薬										
その他 1 ( )										
その他 2 ( )										

※計画変更時または不要な検査は  
手書きで追加、抹消(二重線)

この計画表に記載してある受診月日と受診先は最低限のスケジュールです。手術病院・かかりつけ機関への受診を制限するものではありません。

●は手術病院で行います。

○はかかりつけ機関で行います。

◎は手術病院またはかかりつけ機関いずれかで行います。

# 診療の記録 (6年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (7年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (8年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (9年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (10年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)