

肺癌術後連携パス（2年～5年）

様

		2年	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		/	/	/	/	/	/	/
病院	検査・診断							
	①胸部X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②胸部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③脳MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤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"/> CEA <input type="checkbox"/> CYFRA							
	<input type="checkbox"/> ProGRP <input type="checkbox"/> ()							
病院	検査							
	CT							
病院	MRI							
	病状に変化があった場合、()病院に連絡 (電話:)							
かかりつけ医	連携、連絡	/	/	/	/	/	/	/
	患者への教育・指導	/	/	/	/	/	/	/
	検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	①身体所見 (1ヶ月毎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②腫瘍マーカー (2ヶ月毎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CYFRA							
	<input type="checkbox"/> ProGRP <input type="checkbox"/> ()							
	③胸部X線 (適宜)							
	④採血 (適宜)							
術後フォローの完遂								

異常発現時の連絡先

日中 → 担当医外未 電話番号: / 夜間・休日 → 〇〇科 電話番号: /



受診医療機関

受診予定日：

20 年 月 日

☆ 患者さん記入欄 ☆

↓ 下記の症状があった場合にはチェックください

- | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> はきけ | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 皮膚症状 |

その他気になる症状がありましたらご記入ください

☆ 医療機関記入欄 ☆ ※ 実施した項目のみチェックしてください

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体所見 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー | | |
| <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 胸部CT | <input type="checkbox"/> 脳MRI/CT | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 胸部X線 | | | |

異常所見 (採血結果・画像所見など)

- なし
 あり

★ 連絡欄 ★

※気になる症状がある場合はかかりつけ医にご相談ください。

受診医療機関

受診予定日：

20 年 月 日

☆ 患者さん記入欄 ☆

↓ 下記の症状があった場合にはチェックください

- | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> はきけ | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 内炎 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 皮膚症状 |

その他気になる症状がありましたらご記入ください

☆ 医療機関記入欄 ☆ ※ 実施した項目のみチェックしてください

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体所見 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー | | |
| <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 胸部CT | <input type="checkbox"/> 脳MRI/CT | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 胸部X線 | | | |

異常所見 (採血結果・画像所見など)

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> あり |

★ 連絡欄 ★

※気になる症状がある場合はかかりつけ医にご相談ください。



抗がん剤を服用されている患者さんへ



これまでに報告されている抗がん剤のおもな副作用を下に記載しました。副作用の出方は人によりさまざまですが、早い段階での発見や症状が出たときに落ち着いて対処するためにも、副作用を知っておくことは大切なことです。

次のような症状に気づいたら、いったん飲むのをやめてすぐにかかりつけ医にご相談ください。

肝臓	体がだるい、発熱、かゆみ、発疹 目や皮膚が黄色くなる、黄褐色の尿
下痢	激しい腹痛や下痢（1日4回以上）
感染	のどの痛み、発熱
出血	打撲していないのに青あざができる
貧血	めまい、立ちくらみ
口内炎	ひどい口内炎（広範囲で痛みがある場合）
胃腸	黒色便、下血
呼吸器	せきが出る、息が苦しい、息切れ
心臓	胸が痛む、動悸、脈拍が不規則になる
神経	しびれ、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れがひどくなる
腎臓	尿量が減る、顔や手足などがむくむ、血尿
皮膚	発疹、やけど様の水ぶくれ、口や眼の粘膜のただれ
嗅覚	においを感じにくい

次のような症状に気づいたら、なるべく早くかかりつけ医にご相談ください

- 1) はきけ
- 2) 食欲がない
- 3) 筋肉痛
- 4) 色素沈着、（皮膚や爪・指先などが黒くなる）
- 5) 手足などに生じる皮膚炎（赤くなる）
- 6) 目の充血
- 7) 味がわかりにくい
- 8) その他



項目	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
白血球減少	< 施設基準値下限 - $3.0 \times 10^9/L$ < 施設基準値下限 - $3000/mm^3$	≥ 2.0 - $< 3.0 \times 10^9/L$ ≥ 2000 - $< 3000/mm^3$	≥ 1.0 - $< 2.0 \times 10^9/L$ ≥ 1000 - $< 2000/mm^3$	< $1.0 \times 10^9/L$ < $1000/mm^3$
好中球減少	< 施設基準値下限 - $1.5 \times 10^9/L$ < 施設基準値下限 - $1500/mm^3$	≥ 1.0 - $< 1.5 \times 10^9/L$ ≥ 1000 - $< 1500/mm^3$	≥ 0.5 - $< 1.0 \times 10^9/L$ ≥ 500 - $< 1000/mm^3$	< $0.5 \times 10^9/L$ < $500/mm^3$
貧血 (ヘモグロビン)	< 施設基準値下限 - $10.0g/dL$ < 施設基準値下限 - $100/L$ < 施設基準値下限 - $6.2mmol/L$	8.0 - $< 10.0/L$ 80 - $< 100g/L$ 4.9 - $< 6.2mmol/L$	6.5 - $< 8.0/L$ 65 - $< 80g/L$ 4.0 - $< 4.9mmol/L$	< $6.5/L$ < $65g/L$ < $4.0mmol/L$
血小板減少	< 施設基準値下限 - $75.0 \times 10^9/L$ < 施設基準値下限 - $75000/mm^3$	≥ 50.0 - $< 75.0 \times 10^9/L$ ≥ 50000 - $< 75000/mm^3$	≥ 25.0 - $< 50.0 \times 10^9/L$ ≥ 25000 - $< 50000/mm^3$	< $25.0 \times 10^9/L$ < $25000/mm^3$
好中球減少性 発熱	-	-	あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)
GOT, GPT	> 施設基準値上限 (ULN) - $2.5 \times ULN$	> $2.5 - 5.0 \times ULN$	> $5.0 - 20.0 \times ULN$	> $20.0 \times ULN$
ビリルビン	> 施設基準値上限 (ULN) - $1.5 \times ULN$	> $1.5 - 3.0 \times ULN$	> $3.0 - 10.0 \times ULN$	> $10.0 \times ULN$
口内炎	疼痛がない潰瘍、紅斑又は病変 を特定できない軽度の疼痛	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍 / 摂食・嚥下可能	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍 / 静注補液を要する	重傷の潰瘍 / 経管栄養、 経静脈栄養又は 予防的挿管を要する
悪心	食べられる	経口摂取量の著明な減少	ほとんど経口摂取できず 輸液を要する	-
嘔吐	治療前に比し24時間あたり 1回多い	治療前に比し24時間あたり 2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い; 又は静注補液を要する	集中治療を要する 生理機能状態; 循環動態性虚脱
便秘	便軟化剤又は 食事の工夫を要する	緩下剤を要する	摘便又は浣腸を要する 頑固な便秘	腸閉塞又は 中毒性巨大結腸症
下痢	治療前に比し < 4回/日の 排便回数増加	治療前に比し24時間あたり 4-6回/日の排便回数増加 又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日 の排便回数増加又は失禁又は 脱水に対する輸液を要する	集中治療を要する 生理機能状態; 又は循環動態の虚脱
疲労 (嗜眠, 倦怠 感, 無力)	治療前より疲労が増すが 日常生活には変化がない	中等症 (PSがECOGレベルで1低 下又はKarnofskyで20%低下) 又は一部の日常生活が困難	重症 (PSがECOGレベルで ≥ 2 低下 又はKarnofskyで $\geq 40\%$ 低下) 又は一部の日常生活が できない	寝たきり又は活動不能
皮膚障害 (色素沈着)	軽度または限局性の色素沈着	顕著なまたは全身性の 色素沈着	-	-
手足皮膚反応	疼痛を伴わない軽度な 皮膚の変化又は皮膚炎	疼痛を伴う皮膚変化・ 機能障害なし	疼痛を伴う皮膚変化・ 機能障害有り	-

G2以上の副作用が発現した場合は抗がん剤の休止を考慮ください。

私のカルテは、
ご自身の体の状態を2つの医療機関に知らせるために活用します。
病院とかかりつけ医を受診するときに持参してください。

制作

日立総合病院
土浦協同病院
筑波メディカルセンター病院
筑波大学附属病院
東京医科大学霞ヶ浦病院
古河市福祉の森診療所

茨城西南医療センター
茨城東病院
水戸中央病院
水戸医療センター
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター