

肺がん診療連携パス

(発行 年 月 日)

氏名 _____

住所 _____

連絡先 _____

計画策定病院名 _____

連絡先 _____

担当医 _____ (年 月 日)

_____ (年 月 日)

_____ (年 月 日)

_____ (年 月 日)

治療中の肺がん情報

(複数の場合には、わかるように明示)

1 病理診断

2 臨床病期

3 病理病期

4 がん遺伝子・免疫情報

EGFR 変異 有 () 無

ALK 融合遺伝子 有 無

ROS 1 変異 有 無

PDL-1 発現 ()%

他

5 主な併存症（○は連携医療機関で診療）

- ()
- ()
- ()
- ()
- ()
- ()
- ()

6 がんの既往歴

- (年 月 日)
- (年 月 日)
- (年 月 日)
- (年 月 日)
- (年 月 日)

補足

肺がん治療情報

(随時追記)

1 導入療法 (年 月 日 ~ 年 月 日)

2 手術 (年 月 日)

3 術後補助療法 (年 月 日 ~ 年 月 日)

4 定位脳照射 (年 月 日 ~ 年 月 日)

5 (年 月 日 ~ 年 月 日)

6 (年 月 日 ~ 年 月 日)

7 (年 月 日 ~ 年 月 日)

8 (年 月 日 ~ 年 月 日)

9 (年 月 日 ~ 年 月 日)

10 (年 月 日 ~ 年 月 日)

主な経過（検査、再発、併存症など）

計画策定病院

連携病院

| | |
|-----------------|--|
| ～術後1ヶ月（ 年 月） | |
| ～術後3ヶ月（ 年 月） | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

計画策定病院

連携病院

| | |
|------------------|--|
| ～術後 6 ヶ月 (年 月) | |
| ～術後 12 ヶ月 (年 月) | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

計画策定病院

連携病院

| | |
|------------------|--|
| ～術後 18 ヶ月 (年 月) | |
| ～術後 24 ヶ月 (年 月) | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

計画策定病院

連携病院

| | |
|-----------------|--|
| ～術後 30 ヶ月（ 年 月） | |
| ～術後 36 ヶ月（ 年 月） | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

計画策定病院

連携病院

| | |
|-----------------|--|
| ～術後 42 ヶ月（ 年 月） | |
| ～術後 48 ヶ月（ 年 月） | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

計画策定病院

連携病院

| | |
|------------------|--|
| ～術後 54 ヶ月 (年 月) | |
| ～術後 60 ヶ月 (年 月) | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

処方薬情報

(お薬手帳の写しを貼付)