

茨城県診療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail:soudansien@chubyoin.pref.ibaraki.jp

FAX:0296-78-5421

郵送:〒309-1793

茨城県笠間市鯉淵6528

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

都道府県がん診療連携拠点病院

相談支援センター内

茨城県がん診療連携協議会

相談支援部会事務局



「茨城県診療連携手帳」について

肺がんの手術を受けられた方は 5 年間を目標として定期的に通院していただき、定期検査と診察を受ける必要があります。この冊子 7、8 ページ目に地域連携診療計画書として定期検査の予定をまとめました。

病期 IA 期と診断された患者さんは、術後に追加して抗がん剤治療を行う必要はない、とされています。しかし、再発が全くない、というわけではなく、定期的な検査が必要です。

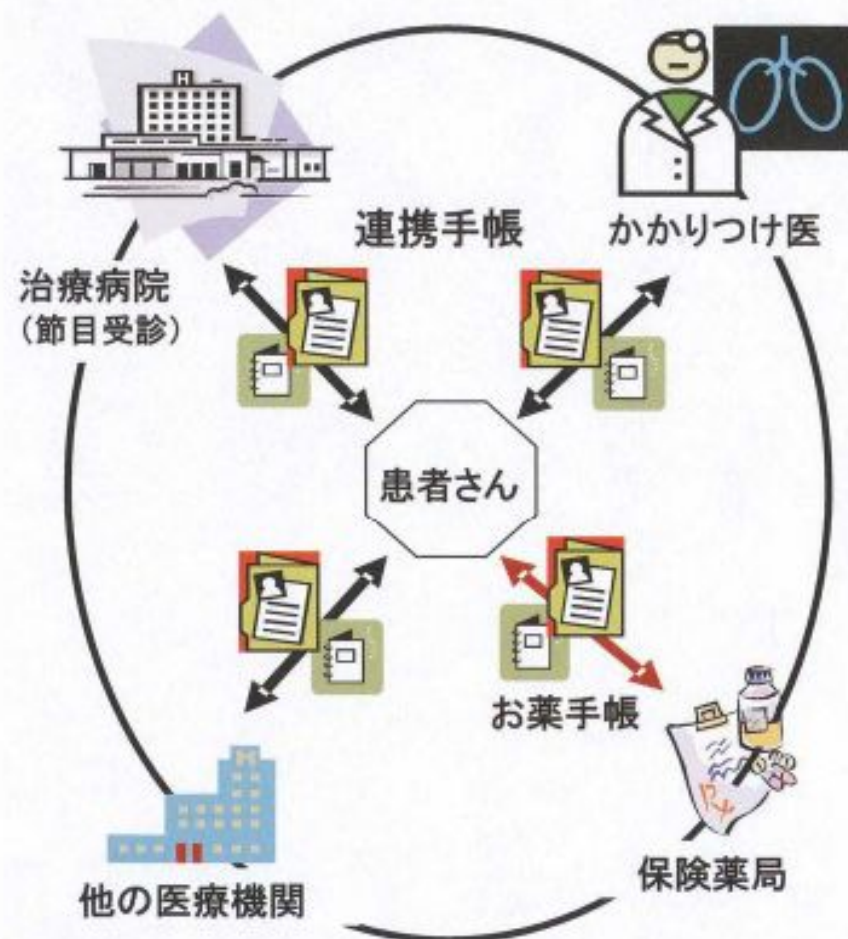
手術後 6 ヶ月以降はかかりつけ医で定期的な診察を受けていただき、体調の変化や再発の有無をチェックします。

地域連携診療計画書に、手術を受けた病院で定期的に行う項目は「●」、かかりつけ医で行う項目は「○」、で印を付けていますので該当する時期に検査を受けてください。

胸のレントゲン検査、CT 検査は半年おきから年 1 回です。これらの検査は手術病医院で行います。また全身を調べる検査を行う場合があります。

肺がん以外のがんは検査の対象外となります。人間ドックや、居住する自治体が実施する健康診断を利用し、必ず受けてください。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

身長	_____ cm	体重	_____ kg
アレルギー	☐ なし ☐ あり ☐ 不明 特記事項		
既往歴 および 現在治療中 の病気	☐ なし ☐ あり		

連絡先
手術病医院
病院名
科名
医師名
I D
電話
かかりつけ医
病・医院名
医師名
I D
電話
かかりつけ薬局
薬局名
電話

診 断：

最近の入院： 年 月 日から 年 月 日

手術記録	
手術日	年 月 日
術式	
組織型	
病理病期	T= N= M=
	IA IB IIA IIB IIIA IIIB IV

退院時の特記事項

クレアチニン値 _____ mg/dl

地域連携診療計画書(肺がん術後)

●手術病医院で施行
○かかりつけ機関で施行
◎必要に応じて行います

連携元の担当医は患者さんに渡す前に、治療・検査の予定を記入して下さい

診療内容		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年	3年 3ヶ月	3年 6ヶ月	3年 9ヶ月	4年	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します																				
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します																				
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー）をみます																				
	レントゲン（肺に異常が無いかをみます）																				
	胸部 CT（肺、縦隔の転移の有無をみます）				●				●				●				●				●
	腹部 CT（腹腔内の転移の有無をみます）																				
	その他の検査（ ）																				
	その他の検査（ ）																				
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します																				
説明	（特別な）説明																				
その他	特別な事は通信欄に記入します（記入した日付をいれます）	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

術後3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後1年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後1年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後1年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後1年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後2年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後2年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後2年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後2年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後3年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後3年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後3年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後3年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後4年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後4年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後4年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後4年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

術後5年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 ☐ 異常あり ☐ 異常なし

採血(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

クレアチニン値 _____ mg/dl

胸部レントゲン (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

胸部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

腹部C T (_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

その他検査 (_____)(_____ 月 _____ 日) ☐ 異常あり ☐ 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

「茨城県診療連携手帳」について

肺がんの術後は定期的な通院と、呼吸機能の早期回復が重要です。茨城県では手術を受けられた方に安心して治療・通院を受けていただけるように地域をあげて取り組んでいます。2 ページ目に示されているのは標準的な治療・通院の流れです。皆様の個々の状態により多少の違いはありますが、かかりつけ医までを含めた複数の医療機関で医療情報を共有し、切れ目のない治療を継続して参ります。十分な機能回復が果たせますように、医療者のみならず手術を受けられた方・ご家族の方々の御理解・御協力をお願いします。

「茨城県診療連携手帳」の利点

- ・主治医が複数になると考えることができます。
- ・異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めるでしょう。
- ・病院や診療所の混雑が解消される効果も望めるでしょう。

この手帳を利用することで、患者さんやご家族のお話をもっとうかがえるようになるものと考えています。

また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。

「茨城県診療連携手帳」の利用

私たちは 茨城県診療連携手帳 を利用することが、患者さんの療養生活や診療方針に役立つと考える場合、利用をお勧めしています。関係する医療機関、患者さんやご家族と相談しながら運用を進めます。使用中の変更・中止の申し出にも応じます。

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆深呼吸を習慣にしましょう

肺の柔軟性を保つため、深呼吸（腹式呼吸）を引き続き行ってください。

息苦しくなった時は、あせらずゆっくりと深呼吸をして下さい。

それでも良くならないときは、早めに受診してください。

◆かぜの予防をしましょう

手術後の肺は感染しやすい状態ですので、人ごみや換気の悪い場所は避けてください。

外出時はマスクをし、手洗い・うがいをしっかり行ってください。

香料や塗料のガス、噴霧クリーナーなどの刺激物も避けるようにしてください。

37.5 度以上の熱が続くようであれば、早めに受診してください。

◆身体の休息・運動

日常生活は普通に行ってかまいません。規則正しい生活リズムを守りましょう。

残った肺の健康のために、タバコはやめましょう。

タバコを続けると再発の危険や、肺炎を起こして重篤な状態になることがあります。



～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆痛みについて

咳やくしゃみをした時に肋骨にそった鈍い痛みが1年前後続きますが、徐々に軽減してきます。

痛み止めのお薬は決められた用法・用量を守って飲んでください。

痛み止めの坐薬を使う場合は、1日3回まで6時間以上あけて使ってください。

◆定期健診について

再診・定期健診は、今後の健康維持と再発の早期発見のため、必ず受診しましょう。

◆その他

不安なことや分からないことがありましたら医師・看護師にご相談ください。

緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。



「茨城県診療連携手帳」の使い方

- 1) 連携元病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分について記入して下さい。
 - a) 5 ページの手術記録
 - b) 6 ページの特記事項★4 ページ、30、31 ページは自由にご利用下さい。
- 2) 患者さんは初めて手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入下さい。
 - a) 表紙のお名前
 - b) 3 ページの各項目
- 3) 9 ページ以降の記入は患者さんと医師が共同で行います。

医療機関を受診される時は「手帳」の携帯をお願いします。

患者さんは、診察前にあらかじめ受診の日付と症状などを記入して下さい。

医師は、診察結果のチェックとサイン、必要に応じてコメントの記入や診療情報提供書の発行をお願いします。