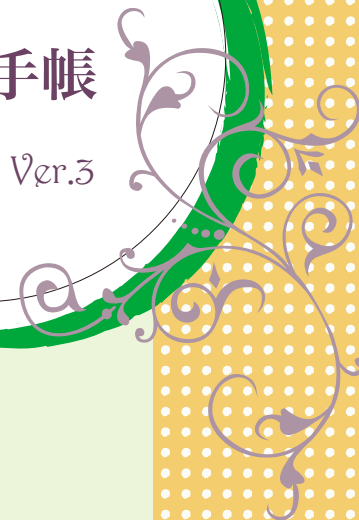


わたしの手帳
my note

Ver.3



はじめに

肺がんは、早期に発見することで高い治療効果が期待できます。また、たとえ進行していても病状に応じた治療法がありますから、けっしてくじけることなく治療を続けてください。

肺がんの治療法はどんどん進歩し、治療に対する考え方がずいぶん変わってきています。医師や看護師の説明をよく聞き、また、ご自分の希望を伝えながら、ひとつひとつ納得しながら治療をすすめていきましょう。

あなたのお名前

お名前
生年月日 年 月 日

病院の記録

手術を受けた施設	受診開始	年	月	日から受診
施設名				
TEL (- -)	FAX (- -)			
術後の治療施設	受診開始	年	月	日から受診
施設名				
TEL (- -)	FAX (- -)			
かかりつけ医 (連携医療機関)	受診開始	年	月	日から受診
施設名				
TEL (- -)	FAX (- -)			
かかりつけ薬局	受診開始	年	月	日から受診
施設名				
TEL (- -)	FAX (- -)			

もくじ

- 広島県の肺がん医療ネットワークについて…………… 2
- 肺がん診療を正しく受けていただくために…………… 4
- 日常生活で気をつけること…………… 6
- あなたの肺がんの状態を知っておきましょう…………… 8
- あなたの肺がん治療情報…………… 10
- I A 期肺がん手術後の検査・治療連携計画書…………… 12
- 術後の治療計画…………… 14
- 正しい情報を活用しましょう…………… 34

✿ この手帳をお使いになるあなたへ

これから肺がんという病気を乗り越えていくためには、あなた自身が病気についてよく理解しておくことが大切です。

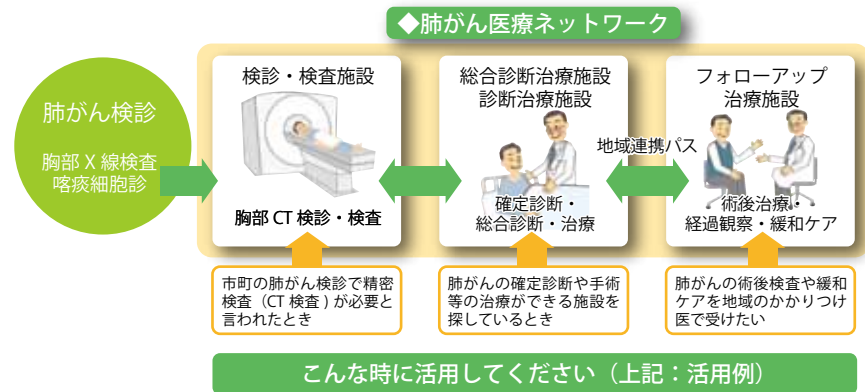
この「わたしの手帳 my note」は、あなたを中心に検査や治療に関する全ての医療者が、検査結果や治療方針を理解したうえで、あなたにとって最善の検査や治療を行っていくための診療計画です。

- 受診の際は忘れずに携帯し、自分の状態などについて書きとめておきましょう
- 記入が難しいところは、医師や看護師に記入してもらいましょう
- 気になることや疑問・質問があれば、自己チェック欄やメモ欄に書きとめ、医師などに尋ねるようにしましょう

広島県の肺がん医療ネットワークについて

*「広島肺がん医療ネットワーク」とは

「肺がん」の検査や治療の各段階で、一定の基準を満たす専門機関が、相互に連携しながら、切れ目のない治療等を行う広島県独自の肺がん医療体制です。

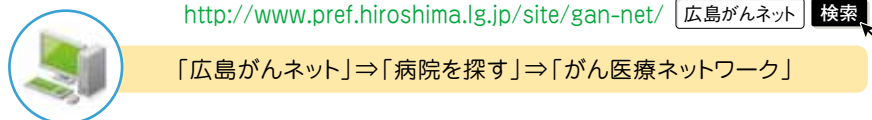


* 患者さんにとっては・・・

- 肺がん医療ネットワークに参加している医療機関であれば、県内どこでも同じ水準の検査や治療が効率的に受けられる仕組みづくりを推進しています。これによって、安心して質の高い医療を受けることができると期待されています。
- 患者用の「診療計画」が書かれたこの「わたしの手帳 my note」を持つことで、病気の状態や治療方針などの情報を、医療機関同士はもちろん、医療を行う医療者とあなたとの間で共有することができ、治療法を選択などに自らも主体的に係ることができます。そのためには、不明なことや不安な点がありましたら、ぜひご質問ください

* 広島肺がん医療ネットワークに参加する医療施設

広島県ホームページの「広島がんネット」から「広島肺がん医療ネットワーク」に参加する医療機関をご覧いただけます。



参考

がん診療と地域連携クリティカルパスについて

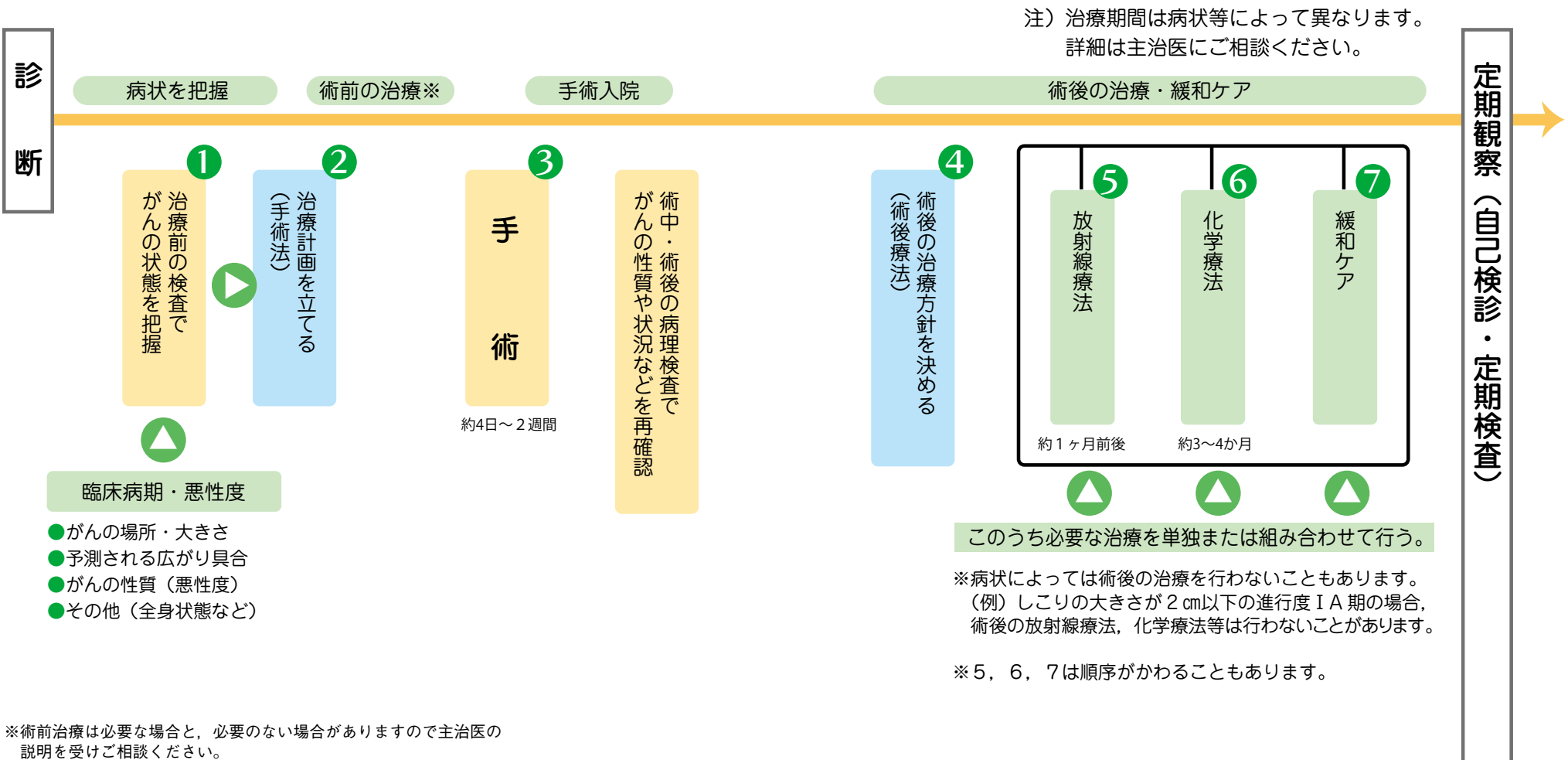
- がん医療では、「手術を行う病院」、「日常的によく見られる疾患の治療や継続的な健康管理を行う病院・診療所」、「緩和ケアを行う医療機関」など、それぞれが専門的に取り組む分野に応じて役割分担し、地域全体で互いに連携しながら患者さんや家族を支える仕組みに変わってきています。
- 医療連携を円滑なものにするために「地域連携クリティカルパス（地域連携パス）」があります。地域連携パスは、あなたが地域内の複数の医療機関にかかっても、共通化された診療や検査、治療、経過観察の計画に沿って、継続した医療を受けることができるように、手術を行った病院と地域の医療機関とで作成した共同の診療計画表です。
- 「手術を行う病院」では、あなたの療養生活や診療の方針にあっているかを検討した結果、「地域連携パス」を利用したほうが良いと判断した場合に利用をお勧めします。
あなたとご家族と十分にご相談しながら、「地域連携パス」の利用をすすめますので、あなたの治療方針に対しての希望をお話してください。「地域連携パスを利用しないこと」や「途中で中止したこと」によって不利益を受けることはありません。
- 「地域連携パス」を利用していただいた場合でも、術後の病気の状態によっては「地域連携パス」による診療連携を中止することもあります。
- 治療を受ける中で、不明なことや心配なことがあった場合は、いつでも医師や看護師等に相談をしてください。

肺がん診療を正しく受けていただくために

✿ 肺がんの治療の流れを確認しておきましょう

肺がんの治療は多くの場合、長い年月を要します。その治療は基本的には一人ひとり異なるのですが、まずは全体の治療の流れを理解しておきましょう。

今後予定している治療の流れを主治医に確認し、その治療による利点や欠点などを十分話し合いながら治療を進めていくことが大切です。



日常生活で気をつけること

＊ 定期的な診察や検査に行きましょう

術後5年までは、定期的な診察や検査を行います。

手術後の診察や検査の間隔は、術後の状態によって異なりますので、主治医の指示に従って決められた日に受診しましょう。

＊ 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、消化薬や鎮痛薬など、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ましょう。薬の服用は、自分で勝手に中止しないでください。

薬を飲んで副作用や気になることがあれば、医師又は看護師にご相談ください。



＊ 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して検査や治療を続けていくためには、家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と向き合う気持ちが大切です。

不安や悩みはあると思いますが、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。

また、多くの医療者が、あなたの周囲にいますので、病気のことで悩みがある場合は早めに相談してください。

禁煙を続けましょう！



たばこを吸ってきた人は、手術後も禁煙をしましょう。禁煙を支援するためのさまざまな方法もあります。あなただけでは禁煙が困難な場合は、主治医に相談しましょう。また、タバコの煙の多い場所には、できるだけ行かないようにしましょう。

日常生活での注意点

日常生活での痛み・咳（せき）等への対策

手術後は、呼吸機能が以前より低下しているため、胸の痛みや息切れ、咳、痰が増えることがあります。症状は、時間の経過とともに、少しずつ治まっていきます。日常生活の中での対処方法等を知っておきましょう。

手術後に創（きず）の痛みがある時は、主治医に相談しましょう！

- 痛みがある時は、我慢をしないで、医師や看護師に伝えましょう
痛みの状態に応じた処置（痛み止めの薬の服用など）を受けることができます
- 痛みがある場合は、体を冷やさないようにしてください

咳や痰に気をつけましょう！

- 手術後、咳や痰が多く出ることがあります
- 特に、たばこを長年吸ってきた人は、痰が多く出ることがあります
痰を吐き出さずにいると、気管支炎や肺炎になりやすいため、意識的に痰を出すように努めましょう
- 痰の出し方の例としては、口をすぼめて鼻からおなかの底まで息を深く吸い込み、勢いよく「ゴホン！」と吐き出す方法が良く用いられます

風邪をひかないように注意しましょう！

- 風邪をひかないように十分に注意をしてください
- 帰宅後はうがい（水道水でOKです）、手洗いをしましょう
- 衣服は、深呼吸が十分できるように胸やおなかをしめつけけないものにしましょう
- 運動を開始する時期や仕事への復帰は、主治医と相談しましょう
- バランスの良い食事をとりましょう
- 手をこまめに洗い、清潔を保ちましょう

次のような症状が現れた場合は、自分で判断せずに、すぐに受診しましょう！

- 咳や痰が多くなった場合
- 長引く発熱・頭痛・フラフラ感が強い時
- 動悸・息切れ・むくみが出てきた時
- 手術の創（きず）が赤くなったり、腫れてきた時

※参考：患者必携「肺がんの療養情報」 国立がんセンターがん対策情報センター

あなたの肺がんの状態を知っておきましょう

術後の病理検査について

手術で切除した組織は、組織標本として顕微鏡で詳しく調べます。これを術後の「病理検査」といいます。

「病理検査」は、がんの性質や状態を知るために欠かせないもので、ここでの結果が術後の治療計画を立てる大切な情報源になります。

また、再発の可能性を予測し、病理検査の結果に応じた薬物療法の考え方も示されていますので、術後の病理検査の結果を医師に確認し、その内容を 11 ページの表に正確に記録しておくとういでしょう。

あなたが受ける治療について

術後の治療には、「放射線療法」「化学療法」「緩和ケア」があり、これらの治療の中から最も有効な治療を選択し、必要に応じてこれらを組み合わせて術後の治療を進めていきます。

術後の治療は、5年以上にも及ぶような長い期間が必要になることが多いので、主治医と十分話し合い、確認しながら確実に治療を続けていきましょう。

●非小細胞がんの臨床病期と治療（概略）

治療方法	臨床病期（期）						
	I A	I B	II A	II B	III A	III B	IV
手術治療	○	○	○	○	○		
放射線治療+化学療法（同時）					○	○	
放射線治療	※ ○ （定位放射線）		○	○	○	○	※※ ○ （緩和）
化学療法（抗がん剤治療）		○	○	○	○	○	○
緩和ケア	○	○	○	○	○	○	○

参考：患者必携 肺がんの療養情報（国立がんセンターがん情報センター）

※ 小さな腫瘍の場合に完治を目指して行われる放射線治療

※※ 症状の改善を目指して行う放射線治療

参考

I 期肺がん術後診療の役割分担表

診断治療施設（手術施設）と地域のかかりつけ医（フォローアップ施設など）が連携して、安全で質の高い医療を提供するために役割を分担しています。

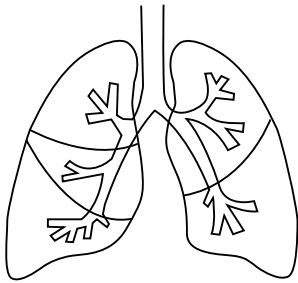
かかりつけ医が日々の診察と薬の処方などを担当。

診断治療施設（手術施設）が節目（3～6ヶ月に1回）の診察や検査を行います。

区 分	診断治療施設 （手術を受けた医療機関）	地域のかかりつけ医 （フォローアップ施設など）
診 断	確定診断、精密診断 病期診断 再発時の診断	初期診断 精密検査の必要性の判断 再発時の診断
検 査	精密検査 （画像、採血、喀痰） 経過観察のための検査	スクリーニング検査・精密検査 経過観察のための検査
治 療	手術、内視鏡手術 症状緩和治療 経過観察	日常の指導・管理 症状緩和治療とその継続 経過観察
診療連携	診 察 定期精密検査 （画像、採血） 副作用・合併症の対応 再発時の対応	診 察 経過観察のための日常的検査 （主に採血） 副作用・合併症の対応 再発時の対応

あなたの肺がん治療情報

あなたが受けた手術

手術	
手術日	年 月 日
手術方法	開胸手術 ・ 胸腔鏡手術
術式	
切除範囲 <input type="checkbox"/> 肺部分切除 <input type="checkbox"/> 肺区域切除 <input type="checkbox"/> 右肺葉切除 <input type="checkbox"/> 左肺葉切除	
リンパ節郭清	あり ・ なし

あなたの診断

がんの種類	
非小細胞がん ・ 小細胞がん	
組織型	
腺がん ・ 扁平上皮がん ・ 大細胞がん ・ その他 ()	

その他 既往症等

アレルギーの有無（アレルギー等）	なし ・ あり ()
既往症	

手術後の病理検査結果

(がんの浸潤部の) しこりの大きさ		cm
転 移	リンパ節	転移なし ・ あり
	肺以外の臓器（遠隔臓器）	転移なし ・ あり
ステージ I A ・ I B ・ II A ・ II B ・ III A ・ III B ・ IV		
上皮増殖因子受容体（EGFR）遺伝子変異		変異なし ・ あり

手術後の治療

放射線療法（定位放射線治療等）		
部位:	()	Gy
年 月 日	～	年 月 日
部位:	()	Gy
年 月 日	～	年 月 日
薬物療法（抗がん剤等）		
内容	開始日	年 月 日
内容	開始日	年 月 日
その他の治療		

IA期肺がん手術後の検査・治療連携計画書

- ★手術後6ヶ月に1回は、手術した病院で定期検査を受けましょう。
- ★定期受診日以外にも必要があれば受診しましょう。
- ★5年以降は、毎年がん検診をうけましょう。

施設 術後期間	診断治療		連携		診断治療		連携		診断治療		連携		診断治療		連携		診断治療		連携		診断治療	
	1ヶ月	6ヶ月	医療機関	1年	医療機関	1年6ヶ月	医療機関	2年	医療機関	2年6ヶ月	医療機関	3年	医療機関	3年6ヶ月	医療機関	4年	医療機関	4年6ヶ月	医療機関	5年		
達成目標	手術前の生活に近づける								手術前		の日常生活に近づける				安定した生活を送る							
	再発がない										再発がない				再発がない 新たな病変の出現がない							
診 察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
血液検査 (生化学)	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○		
腫瘍 マーカー★	△	△	△	○	△	△	△	○	△	△	△	○	△	△	△	○	△	○	△	○		
胸部 X線検査	○	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○		
胸腹部 CT		○		○		○		○		○		△		△		△		△		△		
脳 MRI		△		△		△		△		△		△		△		△		△		△		
骨シンチ		△		△		△		△		△		△		△		△		△		△		
PET-CT				△				△				△		△		△				△		
喀痰細胞診				○				○				○		○		○				○		

- : 必須 / △: 必要時に実施
- 診断治療施設（手術を受けた病院）と連携医療機関（地域のかかりつけ医）に受診する場合は、結果を持って受診してください。
- ★腫瘍マーカー：腺がん・・・CEA, SLX / 扁平上皮がん：CEA, シフラ, SCC
- 胸腹部CT・脳MRIは、診断治療施設又は肺がん医療ネットワーク内の施設で受けてください。CT, MRI検査は、造影することがあります。
- 喀痰細胞診：扁平上皮がん、喫煙の多かった方は実施します。

術後 1 ヶ月～6 ヶ月の治療計画

達成目標：
手術前の生活に近づける / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月		4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
気になる症状								

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月		4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	
受 診 日		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	
診 察									
※検査	血液検査								
	腫瘍 マーカー	CEA							
		SLX							
		シフラ							
		SCC							
	胸部X線検査								
	胸腹部CT								
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT		<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	
その他									
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	咳	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
投 薬	内服状況確認								
	併用薬チェック								
特記事項 (所見・説明事項等)									
備考 施設名・主治医名サイン欄									

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後7ヶ月～1年の治療計画

達成目標：
手術前の生活に近づける / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月		10ヶ月	11ヶ月	1年
		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
気になる症状								

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月		10ヶ月	11ヶ月	1年
受 診 日		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	咳	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後 1 年 1 ヶ月～1 年 6 ヶ月の治療計画

達成目標：
手術前の生活に近づける / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		1 年 1 ヶ月	1 年 2 ヶ月	1 年 3 ヶ月		1 年 4 ヶ月	1 年 5 ヶ月	1 年 6 ヶ月
		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
気になる症状								

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		1 年 1 ヶ月	1 年 2 ヶ月	1 年 3 ヶ月		1 年 4 ヶ月	1 年 5 ヶ月	1 年 6 ヶ月	
受 診 日		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	
診 察									
※検査	血液検査								
	腫瘍 マーカー	CEA							
		SLX							
		シフラ							
		SCC							
	胸部X線検査								
	胸腹部CT								
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT		<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	
その他									
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	咳	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++	
投 薬	内服状況確認								
	併用薬チェック								
特記事項 (所見・説明事項等)									
備考 施設名・主治医名サイン欄									

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後 1年7ヶ月～2年の治療計画

達成目標：
手術前の生活に近づける / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
気になる症状							

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年	
受 診 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	咳	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後 2 年 1 ヶ月～2 年 6 ヶ月の治療計画

達成目標：
手術前の日常生活に戻る / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		2 年 1 ヶ月	2 年 2 ヶ月	2 年 3 ヶ月	2 年 4 ヶ月	2 年 5 ヶ月	2 年 6 ヶ月
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
気になる症状							

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		2 年 1 ヶ月	2 年 2 ヶ月	2 年 3 ヶ月	2 年 4 ヶ月	2 年 5 ヶ月	2 年 6 ヶ月	
受 診 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	咳	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後 2年7ヶ月～3年の治療計画

達成目標：
手術前の日常生活に戻る / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月		2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
気になる症状								

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月		2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
受 診 日		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT		<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	咳	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後3年1ヶ月～3年6ヶ月の治療計画

達成目標：
手術前の日常生活に戻る / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月		3年4ヶ月	3年5ヶ月	3年6ヶ月
		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
気になる症状								

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月		3年4ヶ月	3年5ヶ月	3年6ヶ月
受 診 日		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT		<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	咳	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後 3 年 7 ヶ月～4 年の治療計画

達成目標：
安定した生活を送る / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月		3年10ヶ月	3年11ヶ月	4年
		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
気になる症状								

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月		3年10ヶ月	3年11ヶ月	4年
受 診 日		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT		<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	咳	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後 4 年 1 ヶ月～4 年 6 ヶ月の治療計画

達成目標：
安定した生活を送る / 再発がない

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		4 年 1 ヶ月	4 年 2 ヶ月	4 年 3 ヶ月	4 年 4 ヶ月	4 年 5 ヶ月	4 年 6 ヶ月
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
気になる症状							

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		4 年 1 ヶ月	4 年 2 ヶ月	4 年 3 ヶ月	4 年 4 ヶ月	4 年 5 ヶ月	4 年 6 ヶ月	
受 診 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	咳	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

術後 4 年 7 ヶ月～5 年の治療計画

★定期受診は5年目まで

★定期受診日以外でも必要があれば受診

自己チェック項目 ※咳や痰など気になる症状や体調について、記入しましょう。

気になる症状がある場合は、 受診して医師に相談しましょう		4年7ヶ月	4年8ヶ月	4年9ヶ月		4年10ヶ月	4年11ヶ月	5年
		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
気になる症状								

医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

術 後		4年7ヶ月	4年8ヶ月	4年9ヶ月		4年10ヶ月	4年11ヶ月	5年
受 診 日		月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日
診 察								
※検査	血液検査							
	腫瘍 マーカー	CEA						
		SLX						
		シフラ						
		SCC						
	胸部X線検査							
	胸腹部CT							
精密検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT		<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> PET-CT
	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診
その他								
症 状	全身倦怠感	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	食欲低下	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	体重減少	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	痛み	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	咳	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
	息苦しさ	- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	- + ++
投 薬	内服状況確認							
	併用薬チェック							
特記事項 (所見・説明事項等)								
備考 施設名・主治医名サイン欄								

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

正しい情報を活用しましょう

がん医療に関する幅広い情報提供や相談支援を行っています。
気になったら、まず相談を

●がん患者フレンドコール

～がんの体験者が患者の立場に立って話を伺います～

がん患者さんとそのご家族のためのナビダイヤル

TEL (082)962-8505
 受付時間 毎週水・木曜日 11時～16時(祝祭日・年末年始・夏期休業を除く)
 利用料 無料(通話料は相談者の負担)
 相談対応 NPO法人広島がんサポート(広島市中区橋本町3-19 第一旭ビル301号)



●がん診療連携拠点病院の「がん相談」担当窓口

	医療機関名(担当部署)	電話番号	所在地
国指定	広島大学病院(がん治療センター)	(082)257-1525	広島市
	県立広島病院(がん相談支援センター)	(082)256-3561	広島市
	広島市立広島市民病院(がん相談支援センター)	(082)221-1351	広島市
	広島赤十字・原爆病院(がん相談支援センター)	(082)241-3477	広島市
	広島市立安佐市民病院(がん相談支援センター)	(082)815-5533	広島市
	広島総合病院(がん相談支援センター)	(0829)36-3270	廿日市市
	呉医療センター(がん相談支援センター)	(0823)24-6358	呉市
	東広島医療センター(がん相談支援センター)	(082)423-2179 (内線:6227)	東広島市
	尾道総合病院(医療福祉支援センター)	(0848)22-8111 (内線:3108)	尾道市
	福山市民病院(がん相談支援センター)	(084)941-5151 (内線:3147)	福山市
県指定	市立三次中央病院(がん相談支援センター)	(0824)65-0101	三次市
	呉共済病院(がん相談支援センター)	(0823)22-2111 (内線:5160)	呉市
	中国労災病院(がん相談支援センター)	(0823)72-7171	呉市
	福山医療センター(がん相談支援センター)	(084)922-0001 (内線:7137)	福山市
	中国中央病院(がん相談支援センター)	(084)970-2284	福山市

★病院によっては、予約が必要な場合がありますので、事前にご確認ください。

●広島県のがん情報

広島県のがんに関するお役立ち情報『広島がんネット』

広島がんネット 検索

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/>

県内の患者団体等が開催する患者サロンの情報も掲載しています。



●県内のがん患者団体・患者支援団体(広島がんネット掲載団体)

患者団体	所在地	連絡先	主な患者種別・対象疾患
がん患者さん・家族・支援者のつどいこころの駅舎	東広島市	082-493-7360	がん全般
がん体験者の会 とま〜れ	三次市	090-4650-8184	がん全般
がん体験者の会 とま〜れ・県北	三次市	0824-65-0101	がん全般
キャンサーサバイバー・キャリアサポート	広島市中区	050-5317-4505	がん全般
乳がん患者会 なごみの会	広島市 安佐北区	080-6339-0268	肺がん、大腸がん、胃がん、乳がん、 悪性リンパ腫、甲状腺がん、婦人科がん (女性がん患者が対象)
広島がんサポート	広島市中区	082-962-8505	がん全般
広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部	竹原市	0846-26-3788	がん全般
びんご・生と死を考える会	福山市	090-6842-7519	がん全般

MEMO

名 前

発行：平成 23 年 3 月
改訂 (Vor2)：平成 24 年 3 月
改訂 (Vor3)：令和 元 年 7 月

**広島県地域保健対策協議会
肺がん医療連携推進特別委員会**

- 広島県地域保健対策協議会
〒732-0057 広島市東区二葉の里三丁目2番3号 広島県医師会事務局
TEL (082) 568-1511
- 広島県健康福祉局がん対策課
〒730-8511 広島市中区基町 10-52
TEL (082) 513-3063

参考資料

- 呉がんチーム医療研究会作成
…肺がん地域連携パス
- 患者必携がんになったら手にとるガイド
…国立がん研究センターがん対策情報センター