

肺がん術後 連携指導書

愛媛大学医学部附属病院

呼吸器外科 担当医 先生 待史

Fax: 089-960-5859

送付先: _____ 年 月 日
医師: _____
診療科: _____
氏名: _____
TEL: _____
FAX: _____

____月 ____日 がん治療連携指導として、____様に対し、以下の診療を行った。

肺がん術後 共同診療計画書に基づき、____ヶ月目のフォロー

患者の自覚症状に基づく診療、または処置・処方

- 創部状態 (問題なし 問題有り)
- 呼吸器症状 (なし 有り)
- 消化器症状 (なし 有り)
- 喉頭痛・発赤 (なし 有り)
- 全身倦怠感 (なし 有り)
- 色素沈着 (なし 有り)
- アレルギー(発疹) (なし 有り)
- 投薬 (なし 有り)

[処方]	[コメント]
------	--------

肺がん 診療連携指導書

- 先生方のFAX番号を入れて
ご用意します
- お手数ですが、診療科と医師名
の記載をお願い致します
- 主要な観察項目を
チェックお願い致します
お気づきの点があればご教示
ください。

※採血データはできれば
連携指導書と一緒にFAXを
お願いします。