

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

開始時	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月	24ヶ月	27ヶ月	30ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安	年月日									
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入										
QOLが維持できている										
再発の早期発見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている										
自覚症状と判断基準										
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入										
PSの増悪なし 開始時PS ()										
血圧・体温	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食事を正常に摂取										
再発の兆候										
後遺症										
検査と判断基準										
血液検査										
腫瘍マーカー (CEA・CYFRA・SCC・NSE・ProGRP・CA19-9)	○		○		○		○		○	
胸部CT	○		○		○		○		○	
腹部CT	○		○		○		○		○	
脳MRI				○			○			
骨シンチ				○			○			
胸部X線			○		○		○		○	
投薬										
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり									
患者指導										
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導										

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり										
Drサイン											
Nsサイン											

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

開始時	33ヶ月	36ヶ月	39ヶ月	42ヶ月	45ヶ月	48ヶ月	51ヶ月	54ヶ月	57ヶ月	60ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安	年月日									
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入										
QOLが維持できている										
再発の早期発見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている										
自覚症状と判断基準										
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入										
PSの増悪なし 開始時PS ()										
血圧・体温	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食事を正常に摂取										
再発の兆候										
後遺症										
検査と判断基準										
血液検査										
腫瘍マーカー (CEA・CYFRA・SCC・NSE・ProGRP・CA19-9)		○		○		○		○		○
胸部CT		○		○		○		○		○
腹部CT		○		○		○		○		○
脳MRI		○		○		○		○		○
骨シンチ		○		○		○		○		○
胸部X線		○		○		○		○		○
投薬										
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり									
患者指導										
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導										

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
Drサイン										
Nsサイン										

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

開始時	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月	24ヶ月	27ヶ月	30ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日									
QOLが維持できている										
再発の早期発見	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている										
自他覚症状と判断基準										
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入										
PSの増悪なし 開始時PS ()										
血圧・体温	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食事を正常に摂取										
再発の兆候										
後遺症										
検査と判断基準										
血液検査	○		○		○		○		○	
腫瘍マーカー (CEA・CYFRA・SCC・NSE・ProGRP・CA19-9)	○		○		○		○		○	
胸部CT	○		○		○		○		○	
腹部CT	○		○		○		○		○	
脳MRI					○		○		○	
骨シンチ					○		○		○	
胸部X線			○		○		○		○	
投薬										
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり									
患者指導										
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導										
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
Drサイン										
Nsサイン										

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時
 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

33ヶ月	36ヶ月	39ヶ月	42ヶ月	45ヶ月	48ヶ月	51ヶ月	54ヶ月	57ヶ月	60ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日								
QOLが維持できている									
再発の早期発見	○	○	○	○	○	○	○	○	○
後遺症が管理できている									
自他覚症状と判断基準									
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入									
PSの増悪なし 開始時PS ()									
血圧・体温	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食事を正常に摂取									
再発の兆候									
後遺症									
検査と判断基準									
血液検査		○		○		○		○	
腫瘍マーカー (CEA・CYFRA・SCC・NSE・ProGRP・CA19-9)		○		○		○		○	
胸部CT		○		○		○		○	
腹部CT		○		○		○		○	
脳MRI		○		○		○		○	
骨シンチ		○		○		○		○	
胸部X線		○		○		○		○	
投薬									
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり								
患者指導									
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導									
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
Drサイン									
Nsサイン									

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

肺がん共同診療計画表 肺がん内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

継続指示: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL			
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である	○	○	○	○	○	○
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()	○	○	○	○	○	○
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり					
患者指導						
内服確認	○	○	○	○	○	○
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

肺がん共同診療計画表 肺がん内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

継続指示: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL					
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である	○	○	○	○	○	○
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()	○	○	○	○	○	○
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()	○	○	○	○	○	○
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
()週投()週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり					
患者指導						
内服確認	○	○	○	○	○	○
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

継続指示: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL					
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>					
副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>					
自覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>					
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	<input type="checkbox"/>					
腫瘍マーカー()						
画像診断()	<input type="checkbox"/>					
治療・処置						
()週投()週休	<input type="checkbox"/>					
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり					
患者指導						
内服確認						
副作用説明	<input type="checkbox"/>					
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

継続指示: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL					
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	<input type="checkbox"/>					
副作用なく治療が継続できる	<input type="checkbox"/>					
自覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	<input type="checkbox"/>					
口内炎						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	<input type="checkbox"/>					
腫瘍マーカー()						
画像診断()	<input type="checkbox"/>					
治療・処置						
()週投()週休	<input type="checkbox"/>					
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり					
患者指導						
内服確認						
副作用説明	<input type="checkbox"/>					
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時() 処方 WBC<2000() 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	1コース			2コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時() 処方 WBC<2000() 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	3コース			4コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	5コース			6コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	__コース			__コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時()処方 WBC<2000()皮下注

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他()						
検査と判断基準						
血算()						
生化学検査()	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー()						
画像診断()	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン()						
併用薬()	○			○		
併用薬()						
併用薬()						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 がん免疫療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 下記の項目に異常が認められた場合

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	1コース		2コース	
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	7日前後	治療日	7日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる				
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
発熱				
咳嗽				
倦怠感				
下痢				
腹痛				
口渇	○	○	○	○
視覚異常				
筋肉痛				
四肢脱力				
皮疹				
その他()				
検査と判断基準				
血算()				
生化学検査()	○	○	○	○
腫瘍マーカー()				
画像診断()	○	○	○	○
治療・処置				
レジメン()	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導				
副作用説明				
生活指導	○	○	○	○
自己管理指導				

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
Drサイン				
Nsサイン				
Phサイン				

*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 がん免疫療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 下記の項目に異常が認められた場合

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	3コース		4コース	
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	7日前後	治療日	7日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる				
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
発熱				
咳嗽				
倦怠感				
下痢				
腹痛				
口渇	○	○	○	○
視覚異常				
筋肉痛				
四肢脱力				
皮疹				
その他()				
検査と判断基準				
血算()				
生化学検査()	○	○	○	○
腫瘍マーカー()				
画像診断()	○	○	○	○
治療・処置				
レジメン()	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導				
副作用説明				
生活指導	○	○	○	○
自己管理指導				

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
Drサイン				
Nsサイン				
Phサイン				

*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 がん免疫療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 下記の項目に異常が認められた場合

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース		_コース	
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	7日前後	治療日	7日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる				
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
発熱				
咳嗽				
倦怠感				
下痢				
腹痛				
口渇	○	○	○	○
視覚異常				
筋肉痛				
四肢脱力				
皮疹				
その他()				
検査と判断基準				
血算()				
生化学検査()	○	○	○	○
腫瘍マーカー()				
画像診断()	○	○	○	○
治療・処置				
レジメン()	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導				
副作用説明				
生活指導	○	○	○	○
自己管理指導				

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
Drサイン				
Nsサイン				
Phサイン				

*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 がん免疫療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 下記の項目に異常が認められた場合

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース		_コース	
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	7日前後	治療日	7日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる				
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
発熱				
咳嗽				
倦怠感				
下痢				
腹痛				
口渇	○	○	○	○
視覚異常				
筋肉痛				
四肢脱力				
皮疹				
その他()				
検査と判断基準				
血算()				
生化学検査()	○	○	○	○
腫瘍マーカー()				
画像診断()	○	○	○	○
治療・処置				
レジメン()	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導				
副作用説明				
生活指導	○	○	○	○
自己管理指導				

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
Drサイン				
Nsサイン				
Phサイン				

*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 副作用の問題なく生活できる(最終投与日: 年 月 日)

拠点病院への紹介基準: 下記の項目に異常が認められた場合

目標 \ 受診間隔の目安	最終投与日~ __カ月目		最終投与日~ __カ月目	
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	観察日	14日前後	観察日	14日前後
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
発熱				
咳嗽				
倦怠感				
下痢				
腹痛				
口渇	○	○	○	○
視覚異常				
筋肉痛				
四肢脱力				
皮疹				
その他()				
検査と判断基準				
血算()				
生化学検査()	○	○	○	○
腫瘍マーカー()				
画像診断()	○	○	○	○
治療・処置				
レジメン()				
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導				
副作用説明	○	○	○	○
生活指導				
自己管理指導				
その他				

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
Drサイン				
Nsサイン				
Phサイン				

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: _____

患者名: _____

専門医: _____

【最終目標】 副作用の問題なく生活できる(最終投与日: 年 月 日)

拠点病院への紹介基準: 下記の項目に異常が認められた場合

目標 \ 受診間隔の目安	最終投与日~ __カ月目		最終投与日~ __カ月目	
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	観察日	14日前後	観察日	14日前後
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○
自他覚症状と判断基準				
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入				
発熱				
咳嗽				
倦怠感				
下痢				
腹痛				
口渇	○	○	○	○
視覚異常				
筋肉痛				
四肢脱力				
皮疹				
その他()				
検査と判断基準				
血算()				
生化学検査()	○	○	○	○
腫瘍マーカー()				
画像診断()	○	○	○	○
治療・処置				
レジメン()				
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導				
副作用説明	○	○	○	○
生活指導				
自己管理指導				
その他				

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
Drサイン				
Nsサイン				
Phサイン				

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。