

# 診察・検査予定表

(手術後の診療計画を基準してありますが、その他の治療を行った場合は必要に応じて訂正してご使用ください。)

診療内容		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年	1年
							3ヶ月	6ヶ月	
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)	(●)		(●)	(●)		●		(●)
	胸部レントゲン (肺に異常が無いかをみます)	(●)	(○)	(●)	●	(○)	●	(○)	(●)
	胸部CT (肺、縦隔転移の有無をみます)								
	腹部CT (腹腔内転移の有無をみます)								
	脳MRIまたはCT (脳転移の有無をみます)								
その他の検査 ( )									

名前: \_\_\_\_\_

治療病院ID: \_\_\_\_\_

- は治療病院で行います
- はかかりつけ医で行います
- ( )・□は必要に応じて行います

1年	2年	2年	2年	2年	3年	3年	3年	3年	4年	4年	4年	4年	5年
9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	
／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
	●		(●)		●		(●)		(●)		(●)		(●)
(○)	●	(○)	(●)	(○)	●	(○)	(●)	(○)	●	(○)	(●)	(○)	●