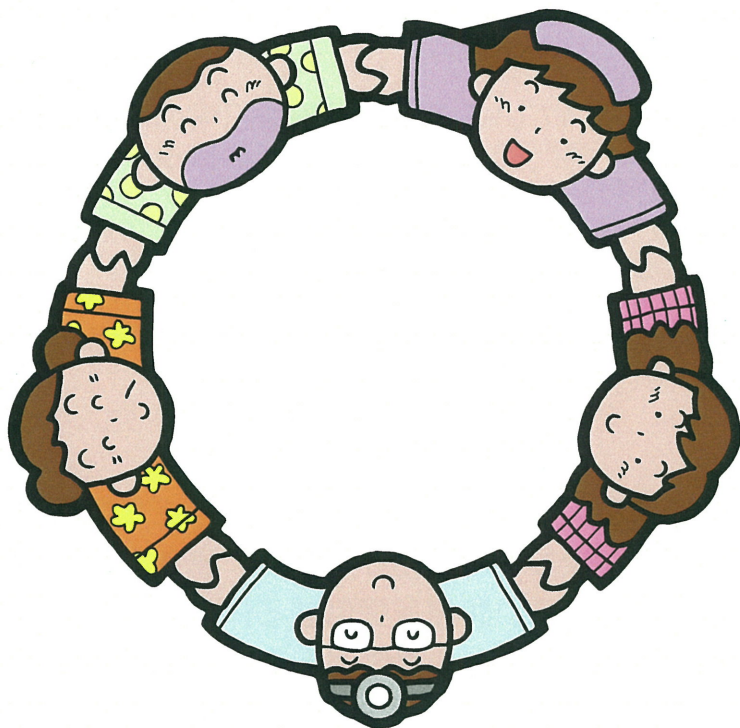


# 肺がん術後連携パス

ユーエフティ内服による肺がん術後補助化学療法



国立病院機構大阪医療センター



大阪府がん診療連携協議会

## はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と国立大阪医療センターの医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、かかりつけ医と国立大阪医療センターの医師が協力して、あなたの治療を行います。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は国立大阪医療センターが行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて国立大阪医療センターを受診していただきます。

また、**緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、国立大阪医療センター休日時間外受付（06-6942-1334直通）までご連絡ください。**  
**その際には、連携パスを使用している旨をお申し出下さい。**

この「連携パス」を活用することで、国立大阪医療センターと地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。



# もくじ

退院後の日常生活 【 p.3～p.8 】

術後補助化学療法について 【 p.9 】

抗がん剤による副作用 【 p.9～p.11 】

退院後もこれだけは忘れずに！ 【 p.12～p.13 】

あなたが受けた手術について 【 p.14 】

補助化学療法の薬剤について 【 p.15 】

あなたに服用いただくお薬について  
【 p.16～p.17 】

肺がん術後連携パス 【 p.19～p.32 】

メモ・検査値貼布スペース 【 p.33～p.48 】

国立病院機構大阪医療センターの各部署・担当等のご案内

【 p.49～p.50 】



# 退院後の日常生活



退院おめでとうございます！

手術後まだ症状が残っている方もありますが、次第にその症状も回復してきます。

特に胸部の痛み（神経痛のような又は圧迫されるような痛み）は半年～1年位続くことがあります。しかし、人によっては程度の違いはありますが、通常軽快していきますので安心してください。ご家庭に帰られてからは、次のことに注意して下さい。



# 退院後の日常生活



## 1. 日常生活

規則正しい生活を心がけましょう。

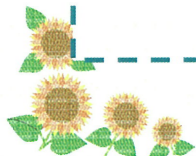
## 2. 運動

(            ヶ月)より始めて下さい。最初に始める運動は散歩やウォーキングからにしましょう。

仕事への復帰やはげしい運動(テニス・ゴルフ・ジョギングなど)は主治医との相談が必要です。

退院時に目安となるパンフレットをお渡しします。

それに加え外来時にその都度相談しましょう。



# 退院後の日常生活



## 3. 作 業

(        ヶ月)位より軽労作業に従事できるようになりますが、復職については主治医と相談してください。

## 4. 睡 眠

一日約6～8時間取るようにして下さい。

## 5. 禁 煙

タバコは今後の経過に支障があります。  
このまま禁煙を続けて下さい。





# 退院後の日常生活



## 6. 清 潔

チューブが入っていたところの抜糸は退院後の外来になることがあります。

退院前日に抜糸が終了していない方は主治医もしくは看護師に退院後のシャワー浴とガーゼ交換について相談して下さい。

基本的に、創の消毒やガーゼ保護の必要はありません



# 退院後の日常生活



## 傷口の観察

- 傷口に赤み・腫れ・ほてり・膿が出るなどの症状があれば、外来で医師に相談して下さい。

傷口やチューブが入っていたところのかさぶたは自然にはがれるのを待ちましょう。



# 退院後の日常生活



## 7. そ の 他

- 1) 風邪を引かないように十分注意して、  
外出より帰宅時はうがいをしましょう。
  - 2) 高カロリー、高蛋白でバランスのよい  
食事を取りましょう。
  - 3) 衣服は深呼吸が十分できるように胸や  
お腹をしめつけけないものにしましょう。
  - 4) 痛みのある方は傷を冷やさないように  
して下さい。
- 入浴や温湿布は痛みに対して有効です。



## 術後補助療法について

がんを手術で全部切除できたように見えても、その時点ですでに目に見えないがん細胞がほかの臓器に移動している可能性があり、時間がたってから再発として見つかることがあります。そこで、目に見えないがんを根絶することを目的として、抗がん剤の投与が行われることがあります。これを補助化学療法といいます。

## 抗癌剤による副作用



抗がん剤による副作用について説明します。抗がん剤はがん細胞のように、はやく増える細胞を攻撃しますが、正常な細胞にも薬の影響が出てしまうため、以下の症状が副作用として現れます。

吐き気、嘔吐  
だるさ、貧血  
感染  
口内炎  
下痢  
皮膚症状      など

次ページから、それぞれについて解説します。



# 抗がん剤による副作用 ①

## ～吐き気、嘔吐～

抗がん剤による吐き気・嘔吐は、胃や腸の粘膜や脳の嘔吐中枢に抗がん剤が影響し出現します。症状は人や抗がん剤により様々で、軽い吐き気を感じるだけの人もいますし、投与終了数時間後から 24 時間にわたり激しく嘔吐する人もいます。また、数日間、続くこともあります。

嘔気と食欲不振があるときは、消化の良い食事をしましょう。食事時間に関係なく食べたいときに食べやすいものを少量ずつ食べましょう。食事はゆっくり噛んで食べましょう。噛むことで消化を助けます。嘔気、嘔吐、食欲不振が強く、水分もとれない場合や、体重減少が著しい場合は、医師にご相談下さい。

## ～だるさ、貧血～

抗がん剤治療中にだるさが出てきます。原因は明確ではありませんが、抗がん剤に対する体の反応により余分なエネルギーを使用することなどが考えられています。

また、ほとんどの抗がん剤は血液を造るために重要な働きをする骨髄を障害する作用があります。したがって、抗がん剤治療を何回か繰り返すと、全身に酸素を運搬する赤血球が不足し、貧血状態になることがあります。

## ～感染～

抗がん剤治療による骨髄障害のため、白血球が減少します。白血球が減少すると細菌と闘う力が弱くなり、かぜ等をひきやすくなります。手洗いうがいの実施や、人混みにでるときにはマスクを着用し、感染予防に努めてください。38℃以上の発熱が2日以上続き、食事や水分がとれない時は医師にご相談下さい。



## 抗がん剤による副作用 ②

### ～口内炎～

化学療法の副作用で口内炎ができることがあります。また、化学療法中は細菌に対する抵抗力が弱くなっているため、口の中が感染し、重大な病気を引き起こすこともありますので、マウスケアを意識的に行ってください。リップクリームなどで口唇の乾燥を予防しましょう。

### ～下痢～

抗がん剤は腸の粘膜に影響を与えるため、下痢をおこすことがあります。1日に何度も下痢をする日が続く場合、あるいは差し込むような腹痛があるような場合には、主治医の診察を受けて下さい。

### ～皮膚症状～

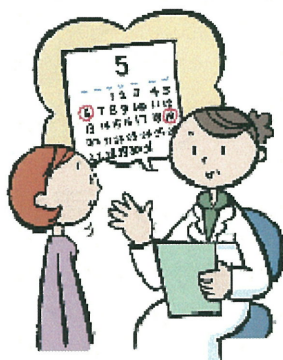
皮膚や爪が黒くなることがあります。日差しが差し込む場所をさけ、外出時には帽子や衣類で直射日光を避けるようにしましょう。皮膚の乾燥が強くなる場合があるので、保湿剤を使用しましょう。また、首筋や手、足、背中などの皮膚に発赤や発疹が出ることがあります徐々に薄くなる人もいれば、自分で自分の頭髮をひっぱると大量の頭髮がとれるようになってショックをうける人もいます。皮膚刺激の少ない木綿の肌着を着用し、ウールセーターや化学繊維などが直接皮膚に接しないようにしましょう。発赤や発疹がひどくなれば医師にご相談下さい。



# 退院後もこれだけは忘れずに！

## ☆ 定期的な診察や検査に行きましょう

手術後5年を目途に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって違いますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、**定期検査は肺がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。**



定期的な診察や  
検査を

## ☆ 毎月1回、自己検診を続けましょう

どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月1回、日を決めて、ご自分で症状をチェックしてください。気になるところがあったら、主治医に相談してください。





## 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、消化薬や化学療法剤で、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てください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。



## 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。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。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、**明るく、希望を持って前進し、病気をしをかえて良かったと思われるような建設的な生活を送ってください。**





～ メモ ～

【あなたが手術を受けた日】

平成 年 月 日

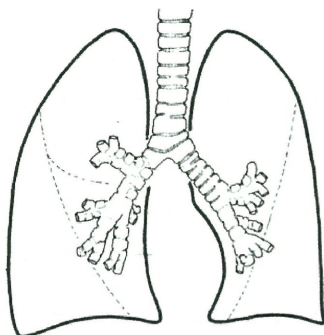
【診断について】

- 1、非小細胞肺癌
- 2、組織型:
- 3、進行度(病理病期): Stage I A(腫瘍径2cm以上)、  
Stage I B でした。

T:            N:            M:

【受けた手術】

- ☐ 肺部分切除術
- ☐ 肺区域切除術
- ☐ 肺葉切除術
- ☐ リンパ郭清術



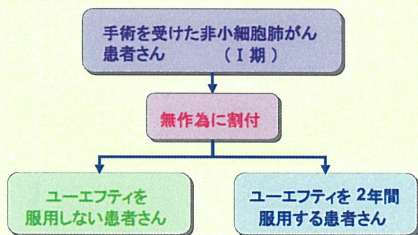
※ 退院にあたって、薬剤師から服薬指導、服薬記録の説明を行います。よくお聞き頂いて、理解できない場合はお気軽にご質問ください。

- ☐ 治療スケジュール説明
- ☐ 患者様用パス説明
- ☐ 服薬指導  
(ユーエフティ服用の手引き説明)

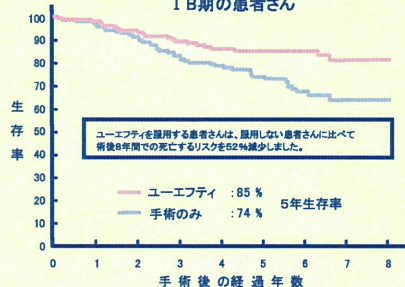


# 術後補助化学療法の薬剤について

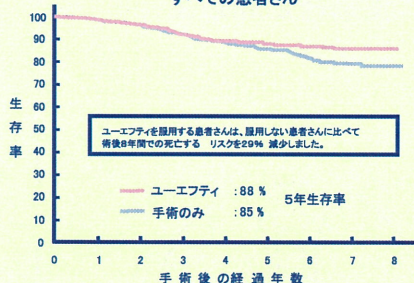
肺がん患者さんにおける大規模な臨床試験（日本）



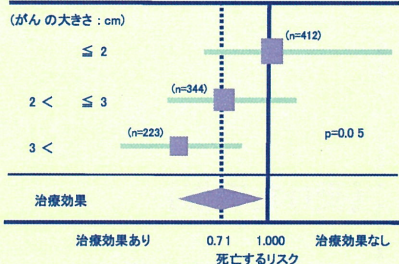
I B期の患者さん



すべての患者さん



がんの大きさ別の延命効果



Kato H. et al. N Engl J Med 2004;350:1713 -21.

日本では、非小細胞肺がん（I期）の患者さんが手術を受けた後に、ユーエフティを服用すべきかどうかを検討する臨床試験が行われました。この臨床試験は全国の医療施設で実施され、多くの肺がん患者さんにご参加いただきました。

臨床試験の内容は、手術を受けた患者さんを「ユーエフティを2年間服用する患者さん」と「服用しない患者さん」の2つのグループに分け、その後の生存率を調べるというものです。

その結果、「ユーエフティを2年間服用した患者さん」は、「服用しない患者さん」に比べて術後の8年間における生存率の向上が得られ、その間における死亡するリスクを29%減少しました。

なかでもI B期の患者さんでは、より生存率の向上が得られ、死亡するリスクも52%減少しました。

また、がんの大きさ別の治療効果を検討したところ、「がんの大きさが2cm以上の患者さん」で死亡するリスクを大きく減少しました。



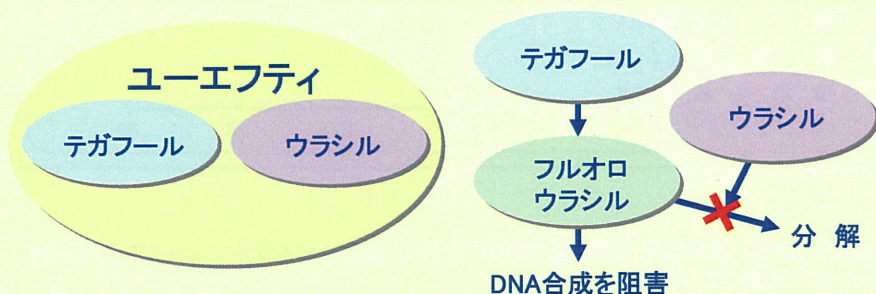
# あなたに服用していただくお薬について

ユーエフティは、テガフルとウラシルという2つの成分が配合された、飲む抗がん剤です。

テガフルは、体内でがん細胞を攻撃するフルオロウラシルに変換されます。変換されたフルオロウラシルは、がん細胞に取り込まれ、DNA(遺伝情報)の合成を阻害するために、がん細胞は増えることができなくなり死滅します。

ウラシルは、フルオロウラシルの分解を抑える働きがあるため、体内においてフルオロウラシルが長く留まるようになります。

つまりユーエフティは、ウラシルによりフルオロウラシルのがん細胞を攻撃する力を強めたお薬ということになります。



## ユーエフティ服薬の仕方

|   | お薬        | 1 日量    | 朝  | 昼  | 夜  |
|---|-----------|---------|----|----|----|
| 1 | ユーエフティE顆粒 | 1日300mg | 1包 | 1包 | 1包 |
| 2 | ユーエフティE顆粒 | 1日400mg | 2包 | —  | 2包 |

|   | お薬         | 1 日量    | 朝     | 昼     | 夜     |
|---|------------|---------|-------|-------|-------|
| 1 | ユーエフティカプセル | 1日300mg | 1カプセル | 1カプセル | 1カプセル |
| 2 | ユーエフティカプセル | 1日400mg | 2カプセル | —     | 2カプセル |

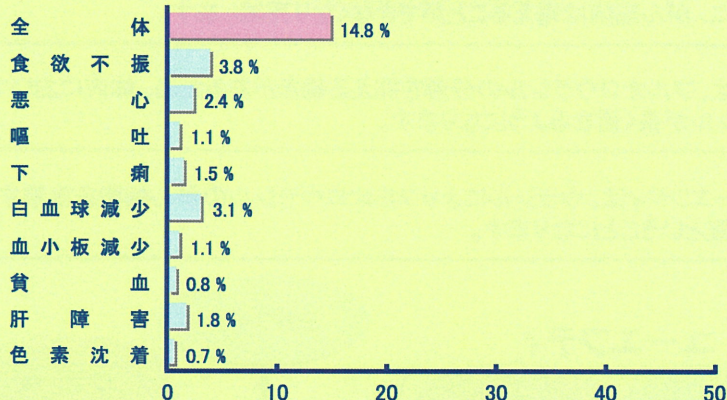


# あなたに服用していただくお薬について

一般的に「抗がん剤は副作用が強い」と思われていますが、あなたに飲んでいただくユーエフティは、抗がん剤としては比較的副作用の少ないお薬です。

これまでの調査の結果、ユーエフティを飲んだ方のうち約15%の方に副作用が起きるといわれており、その主なものは食欲不振、悪心、白血球減少などです。

ユーエフティの主な副作用の発現率



以上のデータから、手術後の再発や転移を防ぐために、私は今後あなたにユーエフティを服用していただこうと思っています。

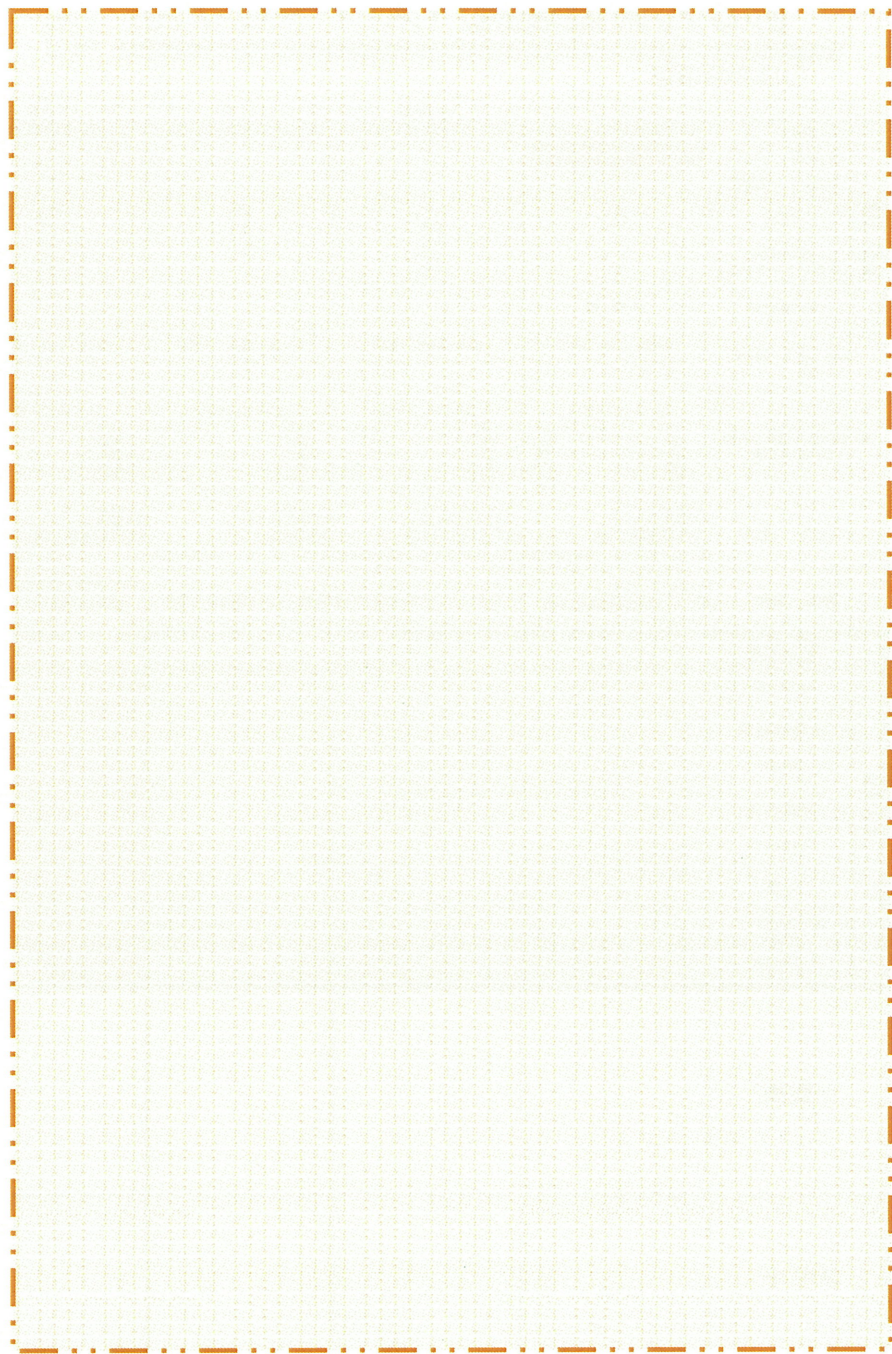
抗がん剤はがん細胞を攻撃しますが、正常な細胞にもダメージを与えることがあります。これが副作用と呼ばれているものであり、その程度は軽いものから重いものまで様々ですが、多くの方で避けて通れないものです。

食欲不振、悪心、嘔吐、下痢、色素沈着などが、あなたの自覚する症状です。このような症状が現れた場合、ただちに私に申し出て下さい。

この他に白血球・血小板・赤血球の減少や肝障害など、血液を調べてわかる副作用があります。これらを防ぐため、またできるだけ早期に発見し対処するために、ときどき血液を採って調べますので協力下さい。

あなたにこのお薬を服用していただく上で、あなたの健康には細心の注意を払っていくつもりです。なお、何か疑問な点がありましたら、ご遠慮なく申し出て下さい。





# 肺がん術後連携パス(1～6ヶ月)

○は必須項目

|                     |                     | 1ヶ月目                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  | 2ヶ月目                                                                                                                                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設                  |                     | 国立大阪医療センター                                                                                                                                       | 国立大阪医療センター                                                                                                                                       | 国立大阪医療センター                                                                                                                                       | 診療所受診                                                                                                                                            |
| 診察・検査               | 受診日(目安)             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 受診日(確定)             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 診察                  | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 血液検査<br>(腫瘍マーカーを含む) | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 画像検査                | 胸部X線                                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 休薬・減量・再開<br>日時( / ) |                     | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                |
| 補助化学療法薬<br>1日投与量    |                     | ユーエフティ:<br>1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                      | ユーエフティ:<br>1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                      | ユーエフティ:<br>1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                      | ユーエフティ:<br>1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                      |
| チェック 処方             |                     | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 2週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 2週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 2週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 |
| 連携 連絡               |                     | 退院後3ヶ月、6ヶ月、それ以降、6ヶ月毎〇〇病院に受診                                                                                                                      | 再発、副作用発生等の場合、〇〇病院に連絡<br>再発、副作用発生等の場合、<br>国立大阪医療センターに連絡                                                                                           |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 自己検診                | 嘔気・嘔吐・<br>食欲不振      |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 口内炎                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 全身倦怠感               |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 下痢                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 色素沈着                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 発疹                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 体重                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | のどの痛み・<br>発熱        |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | その他                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 一般薬                 |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| コメント                |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |







# ★ ★ ★ ★ ★ 肺がん術後連携パス(7～12ヶ月) ★ ★ ★ ★ ★

|                     |                     | 7ヶ月目                                                                                                                                             | 8ヶ月目                                                                                                                                             | 9ヶ月目                                                                                                                                             |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設                  |                     | 診療所受診                                                                                                                                            | 診療所受診                                                                                                                                            | 診療所受診                                                                                                                                            |
| 診察・検査               | 受診日（目安）             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 受診日（確定）             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 診察                  | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 血液検査<br>（腫瘍マーカーを含む） | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 画像検査                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 休薬・減量・再開<br>日時（ / ） |                     | 休薬・減量・再開<br>（ / ）                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>（ / ）                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>（ / ）                                                                                                                                |
| 補助化学療法薬<br>1日投与量    |                     | ユーエフティ<br>1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                       | ユーエフティ<br>1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                       | ユーエフティ<br>1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                       |
| チェック 処方             |                     | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 |
| 連携 連絡               |                     | ※病院は6ヶ月毎に受診<br>ターに連絡                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 自己検診                | 嘔気・嘔吐・<br>食欲不振      |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 口内炎                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 全身倦怠感               |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 下痢                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 色素沈着                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 発疹                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 体重                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | のどの痛み・<br>発熱        |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | その他                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 一般薬                 |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| コメント                |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |



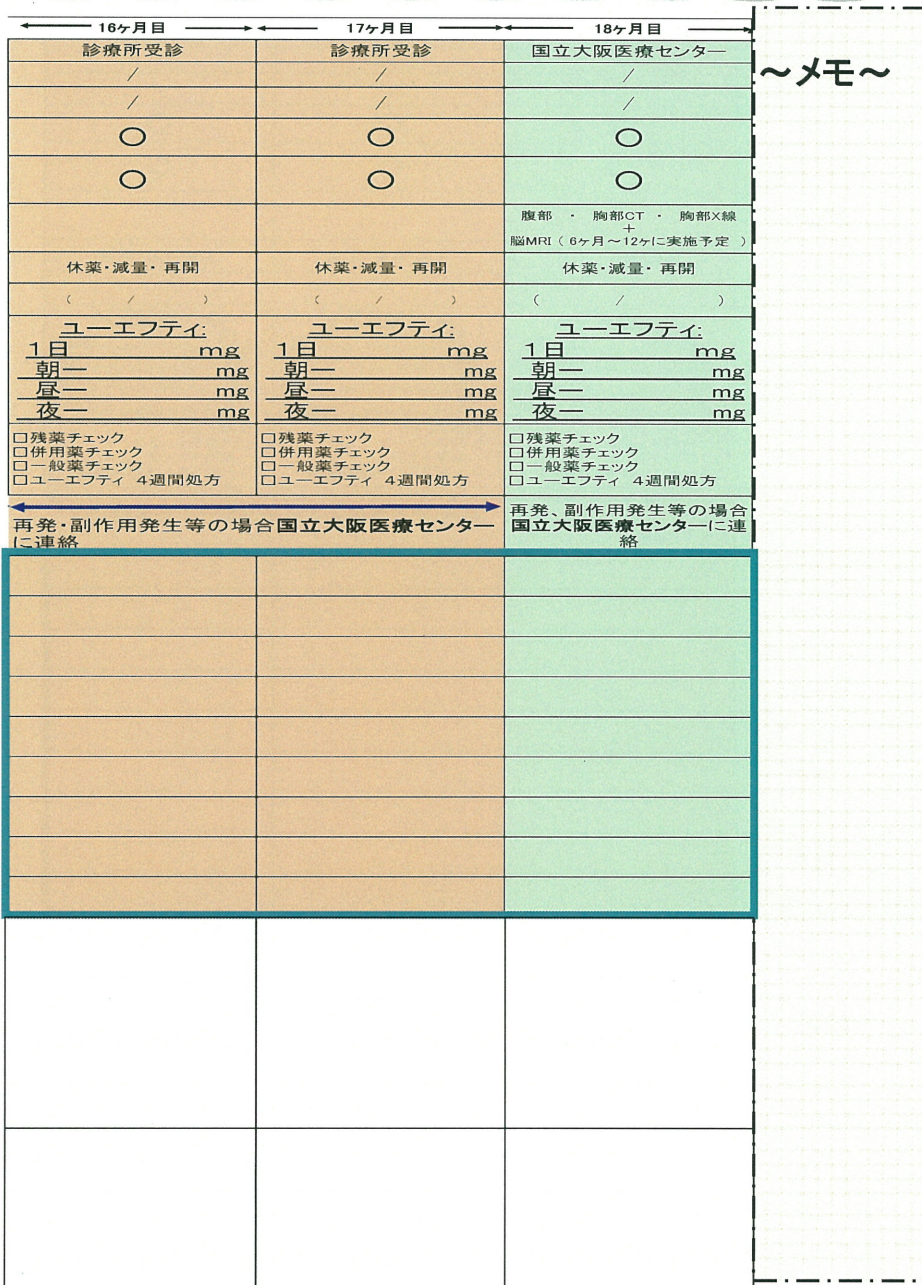
～メモ～



# ★ 肺がん術後連携パス(1年～1年6ヶ月) ★

| 施設                  |                     | 13ヶ月目                                                                                                                                            | 14ヶ月目                                                                                                                                            | 15ヶ月目                                                                                                                                            |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診察・検査               | 受診日(目安)             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 受診日(確定)             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 診察                  | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 血液検査<br>(腫瘍マーカーを含む) | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 画像検査                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 休薬・減量・再開<br>日時( / ) |                     | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                |
| 補助化学療法薬<br>1日投与量    |                     | ユーエフティ:<br>1日 mg<br>朝— mg<br>昼— mg<br>夜— mg                                                                                                      | ユーエフティ:<br>1日 mg<br>朝— mg<br>昼— mg<br>夜— mg                                                                                                      | ユーエフティ:<br>1日 mg<br>朝— mg<br>昼— mg<br>夜— mg                                                                                                      |
| チェック 処方             |                     | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 |
| 連携 連絡               |                     | ※病院は6ヶ月毎に受診<br>ターに連絡                                                                                                                             |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 自己検診                | 嘔気・嘔吐・<br>食欲不振      |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 口内炎                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 全身倦怠感               |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 下痢                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 色素沈着                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 発疹                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 体重                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | のどの痛み・<br>発熱        |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | その他                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 一般薬                 |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| コメント                |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |





# ★肺がん術後連携パス(1年7ヶ月～2年)★

|                     |                     | 19ヶ月目                                                                                                                                            | 20ヶ月目                                                                                                                                            | 21ヶ月目                                                                                                                                            |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設                  |                     | 診療所受診                                                                                                                                            | 診療所受診                                                                                                                                            | 診療所受診                                                                                                                                            |
| 診察・検査               | 受診日(目安)             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 受診日(確定)             | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                | /                                                                                                                                                |
|                     | 診察                  | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 血液検査<br>(腫瘍マーカーを含む) | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                | ○                                                                                                                                                |
|                     | 画像検査                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 休薬・減量・再開<br>日時( / ) |                     | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                | 休薬・減量・再開<br>( / )                                                                                                                                |
| 補助化学療法薬<br>1日投与量    |                     | ユーエフティ: 1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                         | ユーエフティ: 1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                         | ユーエフティ: 1日 mg<br>朝一 mg<br>昼一 mg<br>夜一 mg                                                                                                         |
| チェック 処方             |                     | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 | <input type="checkbox"/> 残薬チェック<br><input type="checkbox"/> 併用薬チェック<br><input type="checkbox"/> 一般薬チェック<br><input type="checkbox"/> ユーエフティ 4週間処方 |
| 連携 連絡               |                     | ※病院は6ヶ月毎に受診<br>再発・副作用発生等の場合国立大阪医療セン<br>ターに連絡                                                                                                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 自己検診                | 嘔気・嘔吐・<br>食欲不振      |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 口内炎                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 全身倦怠感               |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 下痢                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 色素沈着                |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 発疹                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | 体重                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | のどの痛み・<br>発熱        |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                     | その他                 |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| 一般薬                 |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
| コメント                |                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |



[illegible]

「～メモ～」

再発、副作用発生等の場合  
国立大阪医療センターに連絡





# 肺がん術後連携パス(2年～2年6ヶ月)



○は必須項目 △は必要時に行います

|      |               |     | 国立病院機構大阪医療センター | ～メモ～                        |
|------|---------------|-----|----------------|-----------------------------|
|      |               |     | 2年6ヶ月          | ★ 定期受診は<br>5年目まで            |
|      |               |     | 月 日            |                             |
| 診察   | 呼吸状態          |     | ○              | ★ 定期受診日<br>以外でも必要が<br>あれば受診 |
|      | 胸部所見          |     | ○              |                             |
|      |               |     |                |                             |
|      |               |     |                |                             |
| 採血   | 血算・生化学        |     | ○              |                             |
|      | CEA           |     | ○              |                             |
| 検査   | 胸部レントゲン検査     |     | ○              |                             |
|      | 胸部CT検査        |     |                |                             |
|      |               |     |                |                             |
| 投薬   | 一般薬           |     |                |                             |
|      |               |     |                |                             |
| 自己検診 | 呼吸器の<br>チェック  | 胸痛  |                |                             |
|      |               | 咳   |                |                             |
|      |               | 喀痰  |                |                             |
|      |               | 呼吸苦 |                |                             |
|      | それ以外<br>のチェック | 体重  |                |                             |
|      |               | 発熱  |                |                             |
|      |               |     |                |                             |
| その他  |               |     |                |                             |



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう



# 肺がん術後連携パス(2年7ヶ月～3年)



○は必須項目 △は必要時に行います

|      |           |     |                |                     |
|------|-----------|-----|----------------|---------------------|
|      |           |     | 国立病院機構大阪医療センター | ～メモ～                |
|      |           |     | 3年             | ★ 定期受診は5年目まで        |
|      |           |     | 月 日            |                     |
| 診察   | 呼吸状態      |     | ○              | ★ 定期受診日以外でも必要があれば受診 |
|      | 胸部所見      |     | ○              |                     |
|      |           |     |                |                     |
|      |           |     |                |                     |
| 採血   | 血算・生化学    |     | ○              |                     |
|      | CEA       |     | ○              |                     |
| 検査   | 胸部レントゲン検査 |     | ○              |                     |
|      | 胸部CT検査    |     | ○              |                     |
|      |           |     |                |                     |
| 投薬   | 一般薬       |     |                |                     |
|      |           |     |                |                     |
| 自己検診 | 呼吸器のチェック  | 胸痛  |                |                     |
|      |           | 咳   |                |                     |
|      |           | 喀痰  |                |                     |
|      |           | 呼吸苦 |                |                     |
|      | それ以外のチェック | 体重  |                |                     |
|      |           | 発熱  |                |                     |
|      |           |     |                |                     |
| その他  |           |     |                |                     |



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう





# 肺がん術後連携パス(3年～3年6ヶ月)



○は必須項目 △は必要時に行います

|      |               |           | 国立病院機構大阪医療センター | ～メモ～                        |
|------|---------------|-----------|----------------|-----------------------------|
|      |               |           | 3年6ヶ月          | ★ 定期受診は<br>5年目まで            |
|      |               |           | 月 日            |                             |
| 診察   |               | 呼吸状態      | ○              | ★ 定期受診日<br>以外でも必要が<br>あれば受診 |
|      |               | 胸部所見      | ○              |                             |
|      |               |           |                |                             |
|      |               |           |                |                             |
| 採血   |               | 血算・生化学    | ○              |                             |
|      |               | CEA       | ○              |                             |
| 検査   |               | 胸部レントゲン検査 | ○              |                             |
|      |               | 胸部CT検査    |                |                             |
|      |               |           |                |                             |
| 投薬   |               | 一般薬       |                |                             |
|      |               |           |                |                             |
| 自己検診 | 呼吸器の<br>チェック  | 胸痛        |                |                             |
|      |               | 咳         |                |                             |
|      |               | 喀痰        |                |                             |
|      |               | 呼吸苦       |                |                             |
|      | それ以外<br>のチェック | 体重        |                |                             |
|      |               | 発熱        |                |                             |
| その他  |               |           |                |                             |



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう





# 肺がん術後連携パス(3年7ヶ月～4年)



○は必須項目 △は必要時に行います

|      |           |                |                     |
|------|-----------|----------------|---------------------|
|      |           | 国立病院機構大阪医療センター | ～メモ～                |
|      |           | 4年             | ★ 定期受診は5年目まで        |
|      |           | 月 日            |                     |
| 診察   | 呼吸状態      | ○              | ★ 定期受診日以外でも必要があれば受診 |
|      | 胸部所見      | ○              |                     |
|      |           |                |                     |
|      |           |                |                     |
| 採血   | 血算・生化学    | ○              |                     |
|      | CEA       | ○              |                     |
| 検査   | 胸部レントゲン検査 | ○              |                     |
|      | 胸部CT検査    | ○              |                     |
|      |           |                |                     |
| 投薬   | 一般薬       |                |                     |
|      |           |                |                     |
| 自己検診 | 呼吸器のチェック  | 胸痛             |                     |
|      |           | 咳              |                     |
|      |           | 喀痰             |                     |
|      |           | 呼吸苦            |                     |
|      | それ以外のチェック | 体重             |                     |
|      |           | 発熱             |                     |
|      |           |                |                     |
| その他  |           |                |                     |



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう



# 肺がん術後連携パス(4年～4年6ヶ月)



○は必須項目 △は必要時に行います

|      |           |           | 国立病院機構大阪医療センター | ～メモ～                |
|------|-----------|-----------|----------------|---------------------|
|      |           |           | 4年6ヶ月          | ★ 定期受診は5年目まで        |
|      |           |           | 月 日            |                     |
| 診察   |           | 呼吸状態      | ○              | ★ 定期受診日以外でも必要があれば受診 |
|      |           | 胸部所見      | ○              |                     |
|      |           |           |                |                     |
|      |           |           |                |                     |
| 採血   |           | 血算・生化学    | ○              |                     |
|      |           | CEA       | ○              |                     |
| 検査   |           | 胸部レントゲン検査 | ○              |                     |
|      |           | 胸部CT検査    |                |                     |
|      |           |           |                |                     |
| 投薬   |           | 一般薬       |                |                     |
|      |           |           |                |                     |
| 自己検診 | 呼吸器のチェック  | 胸痛        |                |                     |
|      |           | 咳         |                |                     |
|      |           | 喀痰        |                |                     |
|      |           | 呼吸苦       |                |                     |
|      | それ以外のチェック | 体重        |                |                     |
|      |           | 発熱        |                |                     |
|      |           |           |                |                     |
| その他  |           |           |                |                     |



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう





# 肺がん術後連携パス(4年7ヶ月～5年)



○は必須項目 △は必要時に行います

|              |               |           | 国立病院機構大阪医療センター | ～メモ～                    |
|--------------|---------------|-----------|----------------|-------------------------|
|              |               |           | 5年             | ★ 定期受診は<br>5年目まで        |
|              |               |           | 月 日            |                         |
| 診察           |               | 呼吸状態      | ○              | ★ 定期受診日<br>以外でも必要があれば受診 |
|              |               | 胸部所見      | ○              |                         |
|              |               |           |                |                         |
|              |               |           |                |                         |
| 採血           |               | 血算・生化学    | ○              |                         |
|              |               | CEA       | ○              |                         |
| 検査           |               | 胸部レントゲン検査 | ○              |                         |
|              |               | 胸部CT検査    | ○              |                         |
|              |               |           |                |                         |
| 投薬           |               | 一般薬       |                |                         |
|              |               |           |                |                         |
| 自己<br>検<br>診 | 呼吸器の<br>チェック  | 胸痛        |                |                         |
|              |               | 咳         |                |                         |
|              |               | 喀痰        |                |                         |
|              |               | 呼吸苦       |                |                         |
|              | それ以外<br>のチェック | 体重        |                |                         |
|              |               | 発熱        |                |                         |
|              |               |           |                |                         |
| その他          |               |           |                |                         |



気になる項目をチェックし、医師に相談しましょう

検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう





## 検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう





## 検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう



検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう





検査値のデータをここに貼り付けましょう



## 国立大阪医療センターの各部署・担当等のご案内

### がん相談支援室

がん相談支援室（1階ロビー北側玄関東隣 地域医療連携室の奥）では、がんに関するさまざまな相談に、医療ソーシャルワーカーが対応いたします。

患者さんに限らず、ご家族からの相談もお受けします。

また、当院受診中でない患者さんの相談も可能です。

**相談室開設時間：月曜日～金曜日の午前10時～午後4時  
（休日と年末年始を除く）**

**電話番号：06-6942-1331（代表）  
（内線 2118）**

### がん看護相談

当院外来受診中の患者さんやそのご家族で、症状や治療の副作用、療養生活上の相談をご希望される方に、がん看護に関する認定看護師が対応いたします。

**相談時間：火曜日・金曜日の午前9時半～午後0時  
（休日と年末年始を除く）**

**問い合わせ先：患者相談窓口（1階ロビー エスカレーター西隣）または各科外来看護師**

### 患者情報室

患者情報室（1階ロビー エスカレーター東隣）では、病気のことや治療および薬の副作用などに関してわかりやすく説明したパンフレット類を用意しています。

また、患者会の情報も提供しています。



## 地域医療連携室

地域医療連携室では、患者さんがいつでも安心して近隣の医療機関にかかれるよう、あるいは患者さんのご希望があればいつでも当院をご紹介いただけるよう、各地域の医療機関の先生方と当院医師とのスムーズな連絡・連携をはかっています。

## 再診予約変更センター

再診予約変更センターでは、既にお取りになられた診察予約の変更を承ります。

なお、検査予約の変更および新規の診察予約は予約センターではお受けできませんので、

直接ご来院のうえ、主治医にお申し出ください。

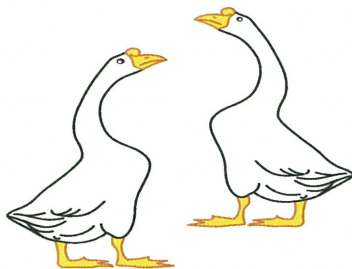
**受付時間：月曜日～金曜日の午後1時～午後4時  
(休日と年末年始を除く)**

**電話番号：06-6946-3519 (直通)**

## 休日・夜間などの対応（休日時間外受付）

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、休日時間外受付までご連絡ください。

**電話番号：06-6942-1334 (直通)**





国立病院機構大阪医療センター

TEL 06-6942-1331(代表)

あなたのお名前

さん

かかりつけ医

(電話      —      —      )

国立病院機構大阪医療センター 外科

電話 06-6942-1331(代表)

平成21年5月