

肺がん地域連携パス 検査スケジュール・項目一覧

患者名: _____

受診予定月	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /
自他覚症状	●	[○●]	○	●	○	○	●	○	○	●
腫瘍マーカー	●	[○●]	[○●]	○	[○●]	○	[○●]	○	[○●]	
一般採血	●	[○●]	[○●]	○	[○●]	○	[○●]	○	[○●]	
胸部X-P	●	[○●]	○	●	○	○	●	○	○	●
脳CT又は脳MRI				●			●			●
胸腹部CT				●			●			●

診察月	1年	2年		2年	2年	2年	3年		3年	3年
	9ヶ月			3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月			3ヶ月	6ヶ月
受診予定月	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /
自他覚症状	○	○	●	○	○	○	○	○	●	○
腫瘍マーカー	○	[○●]	[○●]	○	○	○	[○●]	[○●]	○	○
一般採血	○	[○●]	[○●]	○	○	○	[○●]	[○●]	○	○
胸部X-P	○	○	●	○	○	○	○	○	●	○
脳CT又は脳MRI			●						●	
胸腹部CT			●						●	

診察月	3年	4年		4年	4年	4年	5年	
	9ヶ月			3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		
受診予定月	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /	R /
自他覚症状	○	○	●	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー	○	[○●]	[○●]	○	○	○	[○●]	[○●]
一般採血	○	[○●]	[○●]	○	○	○	[○●]	[○●]
胸部X-P	○	○	●	○	○	○	○	○
脳CT又は脳MRI			●					●
胸腹部CT			●					●

参考事項

- 病院 ○かかりつけ医 []は何れで実施しても可、予約時に確認する。

赤は必須項目、青は任意項目

検査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可

胸腹部造影CT : 1年間は半年に1回。1年以降は年に1回は必須。(半年に1回はオプション)

検査項目	一般採血 : AST, ALT, ALP, γ -GTP, T.B., T.C., (T.P.), Alb, (LDH), (BUN), Cr, BS, Na, K, Cl など	CYFRAなど変更
	: WBC, 像, RBC, Hb, Ht, Plt, PT など	
	腫瘍マーカー: CEA, CYFRA など	
	その他	