

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様

計画策定病院 (A): \_\_\_\_\_ 病院 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_  
 連携医療機関 (B): \_\_\_\_\_ 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

(UFT内服による肺がん術後補助化学療法)

| 施設       | 【 病院】                    | 病院                         | かかりつけ医                     | 病院                         | かかりつけ医                     | 病院                         | かかりつけ医                     | かかりつけ医                     | 病院                         | かかりつけ医   | 病院                         |                            |
|----------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| 退院後経過日時  | ~ 2週                     | 1ヶ月                        | 2ヶ月                        | 3ヶ月                        | 4ヶ月                        | 6ヶ月                        | 8ヶ月                        | 10ヶ月                       | 1年                         | 1年3ヶ月  | 1年6ヶ月                      |                            |
| 受診日 (予定) | /                        | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /  | /                          |                            |
| 受診日 (確定) | /                        | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /                          | /  | /                          |                            |
| 診察・検査    | 血液検査                     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |  |                            |                            |
|          | 画像検査                     | ・胸部X線                      | ・胸部X線                      | ・胸部X線                      | ・胸部X線                      | ・胸部X線                      | ・胸部X線                      | ・胸部X線                      | ・胸部X線                      | ・胸部X線<br>・胸部腹部CT<br>・骨シンチ<br>(PET-CTでも可)<br>・頭部MRI | ・胸部X線                      |                            |
| 症状など     | 食欲不振                     | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり  | ・なし ・あり                    |                            |
|          | その他(呼吸器症状など)             | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり  | ・なし ・あり                    |                            |
| 目標       | 達成目標                     | 術後障害を認めない<br>肺の再膨張が得られている  |                            |                            |                            |                            |                            | 術前のADLに向上している              |                            |  |                            |                            |
|          | がんの再発がない                 | ・再発認めず                     | ・再発認めず                     | ・再発認めず                     | ・再発認めず                     | ・再発認めず                     | ・再発認めず                     | ・再発認めず                     | ・再発認めず                     | ・再発認めず   | ・再発認めず                     |                            |
| バリエーション  |                          |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |  |                            |                            |
| UFT      | 開始・休薬・減量・再開日時 ( / )      | 開始・休薬・減量・再開 ( / )          | 開始・休薬・減量・再開 ( / )          | 開始・休薬・減量・再開 ( / )          | 休薬・減量・再開 ( / )             | 休薬・減量・再開 ( / )             | 休薬・減量・再開 ( / )             | 休薬・減量・再開 ( / )             | 休薬・減量・再開 ( / )             | 休薬・減量・再開 ( / )                                     | 休薬・減量・再開 ( / )             | 休薬・減量・再開 ( / )             |
|          | 補助化学療法薬(UFT) 1日投与量処方チェック | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 2週間処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 1ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 1ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 1ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 2ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 2ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 2ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 2ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 3ヶ月処方                         | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 3ヶ月処方 | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 3ヶ月処方 |
|          | UFT内服                    | ・できている                     | ・できている                     | ・できている                     | ・できている                     | ・できている                     | ・できている                     | ・できている                     | ・できている                     | ・できている   | ・できている                     | ・できている                     |
|          | UFT副作用 *                 | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )                                     | ・なし<br>・あり ( )             | ・なし<br>・あり ( )             |

必ず実施します 上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。  
 必要に応じて実施します また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査を行います。

\* UFTの副作用

のどの痛み,発熱 出血(あざができる,紫色・赤色),鼻血,歯ぐきの出血 めまい,たちくらみ からだがだるい しびれ,舌のもつれ,歩行時のふらつき,物忘れ 息切れ,息が苦しい,せき 吐きけ,食欲がない 下痢,腹痛,血便,淡黄色便  
 口内炎 口や目の粘膜のただれ 目や皮膚が黄色い 胸が痛む,動悸,胸がしめつけられる感じ 顔や手足などがむくむ 尿量が減る,血尿,尿がにごる,黄褐色の尿 においを感じにくい 発疹,かゆみ,色素沈着,じんま疹,水疱 その他

(UFT内服による肺がん術後補助化学療法)

| 施設      | かかりつけ医                   | 病院                         | かかりつけ医  | かかりつけ医  | かかりつけ医  | 病院      | かかりつけ医  | 病院      | かかりつけ医  | 病院      | 病院  |
|---------|--------------------------|----------------------------|---|---------|---------|---------|---|---------|---|---------|---|
| 退院後経過日時 | 1年9ヶ月                    | 2年                         | 2年3ヶ月   | 2年6ヶ月   | 2年9ヶ月   | 3年      | 3年6ヶ月   | 4年      | 4年6ヶ月   | 5年      | それ以降  |
| 受診日(予定) | /                        | /                          | /   | /       | /       | /       | /   | /       | /   | /       | /   |
| 受診日(確定) | /                        | /                          | /   | /       | /       | /       | /   | /       | /   | /       | /   |
| 診察・検査   | 血液検査                     |                            |   |         |         |         |   |         |   |         |   |
|         | 画像検査                     | ・胸部X線                      | ・胸部X線<br>・胸腹部CT<br>・骨シンチ<br>(PET-CTでも可)<br>・頭部MRI | ・胸部X線   | ・胸部X線   | ・胸部X線   | ・胸部X線<br>・胸腹部CT<br>・骨シンチ<br>(PET-CTでも可)<br>・頭部MRI | ・胸部X線   | ・胸部X線<br>・胸腹部CT<br>・骨シンチ<br>(PET-CTでも可)<br>・頭部MRI | ・胸部X線   | ・胸部X線<br>・胸腹部CT<br>・骨シンチ<br>(PET-CTでも可)<br>・頭部MRI |
| 症状など    | 食欲不振                     | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり   | ・なし ・あり | ・なし ・あり | ・なし ・あり | ・なし ・あり   | ・なし ・あり | ・なし ・あり   | ・なし ・あり | ・なし ・あり   |
|         | その他(呼吸器症状など)             | ・なし ・あり                    | ・なし ・あり   | ・なし ・あり | ・なし ・あり | ・なし ・あり | ・なし ・あり   | ・なし ・あり | ・なし ・あり   | ・なし ・あり | ・なし ・あり   |
| 目標      | 達成目標                     | 術前のADLに向上している              |   |         |         |         |   |         |   |         |   |
|         | がんの再発がない                 | ・再発認めず                     | ・再発認めず  | ・再発認めず  | ・再発認めず  | ・再発認めず  | ・再発認めず  | ・再発認めず  | ・再発認めず  | ・再発認めず  | ・再発認めず  |
| バリエーション |                          |                            |   |         |         |         |   |         |   |         |   |
| UFT     | 開始・休薬・減量・再開日時( / )       | 休薬・減量・再開 ( / )             |   |         |         |         |   |         |   |         |   |
|         | 補助化学療法薬(UFT) 1日投与量処方チェック | 1日 mg (分2・3)<br>・UFT 3ヶ月処方 |   |         |         |         |   |         |   |         |   |
|         | UFT内服                    | ・できている                     |   |         |         |         |   |         |   |         |   |
|         | UFT副作用 *                 | ・なし<br>・あり( )              |   |         |         |         |   |         |   |         |   |

必ず実施します  
必要に応じて実施します

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。  
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査を行います。

\* UFTの副作用

のどの痛み、発熱 出血(あざができる:紫色・赤色)、鼻血、歯ぐきの出血 めまい、たちくらみ からだがだるい しびれ、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れ 息切れ、息が苦しい、せき 吐きけ、食欲がない 下痢、腹痛、血便、淡黄色便  
口内炎 口や目の粘膜のただれ 目や皮膚が黄色い 胸が痛む、動悸、胸がしめつけられる感じ 顔や手足などがむくむ 尿量が減る、血尿、尿がにごる、黄褐色の尿 においを感じにくい 発疹、かゆみ、色素沈着、じんま疹、水疱 その他