

【患者さま用】 自己チェックシート(肺がん地域連携パス)

| | |
|------|--|
| 患者氏名 | |
|------|--|

* 症状があれば欄に”レ”印を付けて下さい

| 区分 | チェック項目 | | | | | | | | | | | | 術後 |
|-----|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| | | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | 年 ヶ月日 |
| 症状 | 食事が食べれない日が続いている | | | | | | | | | | | | |
| | 発疹があり、かゆみがある | | | | | | | | | | | | |
| | 創部の痛みがある | | | | | | | | | | | | |
| | 体重が3kg/月以上変化した | | | | | | | | | | | | |
| | 呼吸困難になった | | | | | | | | | | | | |
| | 咳、痰がひどい | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |