

# 【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
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	ヶ月目
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													