

医療連携手帳

(肺)



埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作製されました。

肺癌の手術を受けられた方は5年間を目標として定期的に通院していただき、定期検査と診療を受ける必要があります。この冊子の7、8ページ目に地域連携診療計画書として定期検査の予定をまとめました。

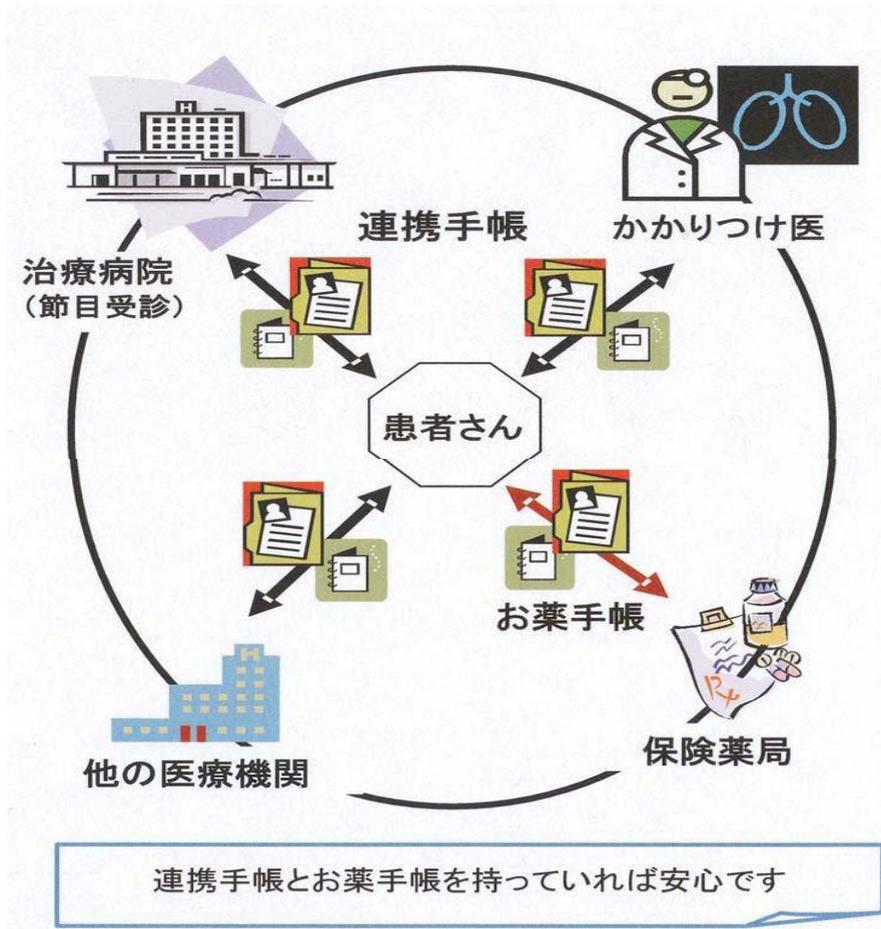
腫瘍サイズ2cm以下の病期ⅠA期と診断された患者さんは、術後に追加して抗がん剤治療を行う必要はない、とされています。しかし、再発が全くない、というわけではなく、定期的な検査が必要です。

手術後3～6ヵ月以降はかかりつけ医で定期的な診察を受けていただき、体調の変化や再発の有無をチェックします。地域連携診療計画書に、手術を受けた病院で定期的に行う項目は「●」、かかりつけ医で行う項目は「○」、で印を付けていますので、該当する時期に検査を受けて下さい。

CT検査は術後6ヵ月、1年、以後は年1回、手術病院で行います。また、必要に応じて全身を調べる検査を行います。

肺がん以外のがんは検査の対象外となりますので、人間ドックや、居住する自治体が実施する健康診断を利用し、必ず検査を受けて下さい。

連携手帳を用いた診療の流れ



身長 _____ c m		体重 _____ k g	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 特記事項		
既往歴および 現在治療中の 病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

連絡先
手術病医院
病院名
科名
医師名
I D
電話
かかりつけ医
病・医院名
医師名
I D
電話
かかりつけ薬局
薬局名
電話

診 断 : _____

最近の入院 : 年 月 日から 年 月 日

手術記録

手術日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
術 式	
組織型	
病理病期	T = N = N =
	I A I B II A II B III A III B IV

肺がん術後連携手帳(1～6カ月)

診療内容		手術後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
		年月日	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します		●	●	●	○	○	●
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します		●	●	●	○	○	●
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー）をみます		●	●	●	○	○	●
	レントゲン（胸に異常が無いかをみます）		●	●	●	○	○	●
	胸部・腹部CT（肺、縦隔、上腹部の転移の有無をみます）							●
	骨シンチ （骨転移の有無をみます）							●
	脳MRI （脳転移の有無をみます）							●
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します							
説明	（特別な）説明							
その他	特別な事は通信欄に記入します （記入した日付をいれます）		/	/	/	/	/	/

肺がん術後連携手帳(7ヵ月～1年)

診療内容		手術後	7ヶ 月	8ヶ 月	9ヶ 月	10ヵ月	11ヵ月	1年
		年月日	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します		○	○	○	○	○	●
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します		○	○	○	○	○	●
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー）をみます		○	○	○	○	○	●
	レントゲン（胸に異常が無いかをみます）		○	○	○	○	○	●
	胸部・腹部CT（肺、縦隔、上腹部の転移の有無をみます）							●
	骨シンチ （骨転移の有無をみます）							●
	脳MRI （脳転移の有無をみます）							●
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します							
説明	（特別な）説明							
その他	特別な事は通信欄に記入します （記入した日付をいれます）		/	/	/	/	/	/

肺がん術後連携手帳(1年2ヵ月～2年)

診療内容		手術後	1年 2ヵ月	1年 4ヵ月	1年 6ヵ月	1年 8ヵ月	1年 10ヵ月	2年
		年月日	/	/	/	/	/	/
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します		○	○	○	○	○	●
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します		○	○	○	○	○	●
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー）をみます		○	○	○	○	○	●
	レントゲン（胸に異常が無いかをみます）		○	○	○	○	○	●
	胸部・腹部 CT（肺、縦隔、上腹部の転移の有無をみます）							●
	骨シンチ （骨転移の有無をみます）							●
	脳MRI （脳転移の有無をみます）							●
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します							
説明	（特別な）説明							
その他	特別な事は通信欄に記入します （記入した日付をいれます）		/	/	/	/	/	/

肺がん術後連携手帳(2年3ヵ月～3年8ヵ月)

診療内容		手術後	2年 3ヵ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年	3年 4ヶ月	3年 8ヶ月
		年月日	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /	年 /
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します		○	○	○	●	○	○
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します		○	○	○	●	○	○
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー）をみます		○	○	○	●	○	○
	レントゲン（胸に異常が無いかをみます）		○	○	○	●	○	○
	胸部・腹部 CT（肺、縦隔、上腹部の転移の有無をみます）					●		
	骨シンチ （骨転移の有無をみます）							
	脳MRI （脳転移の有無をみます）							
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します							
説明	（特別な）説明							
その他	特別な事は通信欄に記入します （記入した日付をいれます）		/	/	/	/	/	/

肺がん術後連携手帳(4年～5年)

診療内容		手術後	4年	4年	4年	5年		
		年月日	4年	4年	4年	5年	年	年
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します	年 /						
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大の有無を確認します	●	○	○	●			
検査	血液検査（肝、腎機能、腫瘍マーカー）をみます	●	○	○	●			
	レントゲン（胸に異常が無いかをみます）	●	○	○	●			
	胸部・腹部 CT（肺、縦隔、上腹部の転移の有無をみます）	●			●			
	骨シンチ （骨転移の有無をみます）							
	脳MRI （脳転移の有無をみます）							
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します							
説明	（特別な）説明							
その他	特別な事は通信欄に記入します （記入した日付をいれます）	/	/	/	/			

術後1ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後2ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後4ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後5ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 6 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部・腹部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後7ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後8ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後10ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後11ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部・腹部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年 2 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年4ヵ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部・腹部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年 6 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 変化あり 変化なし

採血（ 月 日） 変化あり 変化なし

変化ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 変化あり 変化なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

変化あり 変化なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年8ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 1 年10ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 2 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部・腹部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 2 年 3 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 2 年 6 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 2 年 9 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 3 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部・腹部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（ 月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後3年4ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後3年8ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 4 年

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
胸部・腹部CT（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 4 年 4 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後 4 年 8 ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

医師記入欄

臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
採血（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
異常ありの場合、その項目・数値_____		
胸部レントゲン（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
その他の検査（ 月 日）	検査名_____	
	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後5年

患者さん記入欄

受診日 _____年_____月_____日

受診医療機関 _____医院 _____病院

医師記入欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（月 日） 異常あり 異常なし

異常ありの場合、その項目・数値_____

胸部レントゲン（月 日） 異常あり 異常なし

胸部・腹部CT（月 日） 異常あり 異常なし

その他の検査（月 日） 検査名_____

異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

肺がんの手術を受けられた方へ

* 腹式呼吸・適度な運動を習慣にしましょう

肺の柔軟性を保つため、深呼吸（腹式呼吸）を引き続き行ってください。また、散歩などの適度な運動を習慣にしましょう。

息苦しくなった時は、あせらずゆっくりと深呼吸を繰り返しましょう。通常と異なる息苦しさが続くときは、早めにかかりつけ医に相談しましょう。

* 風邪の予防をしましょう

手術後は手術前と比べ、肺の機能が低下するので、風邪の予防は重要です。人ごみや空気の悪い場所は避けてください。また、外出時はマスクをし、手洗い・うがいをしっかり行ってください。

37.5 度以上の熱が続くようであれば、早めにかかりつけ医に受診してください。

* 禁煙を守りましょう

日常生活は手術前と同様、普通に行ってもかまいません。規則正しい生活リズムを守りましょう。

残った肺の健康のために、タバコはやめましょう。タバコを続けると再発の危険や、肺炎を起こして重篤な状態になることがあります。

肺がんの手術を受けら得た方へ

* 痛みについて

咳やくしゃみをした時に肋骨にそった鈍い痛みが 1 年前後続きますが、徐々に軽減していきます。

痛み止めのお薬は、決められた用法・用量を守って飲んでください。痛み止めを続けて使う場合は、1 日 3 回まで 6 時間以上あけて使ってください。

* 定期健診について

再診・定期健診は、今後の健康維持と再発の早期発見のため、必ず受診しましょう。

* その他

不安なことや分からないことがありましたら、医師・看護師にご相談ください。

緊急を要する場で、休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術を受けた病院（電話番号は 3 ページにあります）までご連絡ください。



～メ 毛～

~メ 毛~

～メ 毛～

～メ 毛～

総合医療センターの各部署・担当等のご案内

医療相談窓口

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように医療福祉相談の窓口で**相談**をお受けしています。また、がん診療連携拠点病院として、がんに関する相談*もお受けしております。

窓口開設時間：月～土曜日 8:30～17:00

電話番号：医療福祉相談室 049-228-3825

がんに関する相談（がん相談支援センター）

当センターに入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して暖かな医療・看護が受けられるよう、医師または看護師などセンター内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

窓口開設時間：月～土曜日 8:30～17:00

電話番号：がん相談支援センター 049-228-3825

診療連携室

診療連携室では、地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と当センター医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

電話番号：049-228-3750

予約外受診

必要があれば、予約外診療も受け付けています。

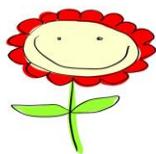
受診の際は、呼吸器外科外来受付までお問い合わせください。

電話番号：049-228-3618（呼吸器外科外来）

夜間・休日などの対応

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、総合医療センター救急外来までご連絡ください。

電話番号：049-228-3595（救急外来）





埼玉医科大学総合医療センター
TEL 049-228-3618 (呼吸器外科外来)

あなたのお名前

さん

かかりつけ医

(電話 — —)

埼玉医科大学総合医療センター 呼吸器外科

電話 049-228-3618 (呼吸器外科外来)

2011年7月