

2025.7.1

肺がんセンターを新設いたしました

高知大学医学部附属病院では

2025 年 7 月 1 日付けで、「肺がんセンター」を新たに設立いたしました。

当センターでは、呼吸器内科、呼吸器外科、放射線治療科といった、肺がん治療に関わる診療科の垣根を超えた、シームレスな診療体制の構築を目指しております。

これにより、患者さんに対しては診療の効率化や検査・治療開始までの時間短縮を目指します。また紹介窓口を 1 本化することで、地域の医療機関の先生方にとっても、より紹介いただきやすい体制を整えております。

高知大学附属病院として、肺がんの診断および治療に必要な総合力を最大限に発揮し、高知県の患者さんに還元してまいります。

患者様、医療関係者の皆様へ

肺がんセンターについてのご案内

[【医療機関向け】肺がんセンターのご案内 - お知らせ - 高知大学医学部附属病院ホームページ | 高知県南国市岡豊町小蓮 185-1](#)

医療関係者の皆様へ

肺がんセンター診療予約申し込み

[高知大学医学部附属病院ホームページ | 高知県南国市岡豊町小蓮 185-1](#)

センター長

上月稔幸 （呼吸器・アレルギー内科 教授）

副センター長

田村昌也 （呼吸器外科 教授）

木村智樹 （放射線治療科 教授）

高知大学医学部附属病院 肺がんセンター 診療開始

2025年7月1日（火）

2025年7月1日より、患者中心に診療科の垣根を越えたチームで取り組む、肺がんセンターとしての診療を開始しました。

当院ホームページへ肺がんセンター専用のFAX予約申込書を掲示しておりますのでご利用ください。

※画像及び画像レポートがある場合は患者さんが必ずご持参ください。

●ホームページURL：<https://www.kochi-u.ac.jp/kms/hsptl/for-medical.html>

センター長：上月稔幸

（呼吸器・アレルギー内科 教授）

副センター長：田村昌也（呼吸器外科 教授）

木村智樹（放射線治療科 教授）

診療体制

呼吸器・アレルギー内科
呼吸器外科
放射線治療科

患者さんの症状にあわせて
他科・部署と連携して
診療を行います。

診療方針

肺がんの診療で重要な
「他科・部署連携」
「迅速性」
「技量・知識・経験」
を実現する、患者さんを
中心に据えた、チームと
しての診療を行います。

対象疾患

肺がん
胸部異常陰影
縦隔腫瘍 等
※疑い症例も含む

胸部悪性疾患について
診療を行います。

※肺がんセンターでは複数の診療科がチームで診療を行っております。事前にいただいた情報から、ご紹介いただきました診療科と異なる場合がありますことをあらかじめご了承ください。

高知大学医学部附属病院

肺がんセンター

初診診察日：火曜日・木曜日

※FAX予約申込みについてのお問い合わせはこちらへ

TEL：088-880-2773

FAX：088-880-2774

●右記QRコードより
当院ホームページへ
アクセスいただけます。
肺がんセンター専用の
予約申込書様式
（PDF・Excel）の
ダウンロードもこちら
から可能です。





肺がんセンター 診療予約申込書

作成日: R 7.6

送信日 令和 年 月 日

国立大学法人
高知大学医学部附属病院
予約センター

TEL 088-880-2773(直通)

FAX 088-880-2774(直通)

受付時間: 平日 8:30 ~ 16:30

- 予約日時が決定後、予約票をFAXしますので患者さんにお渡し願います。
- 画像及び画像レポートがある場合は必ずご持参ください。

医療機関名	
所在地	
電話番号	() -
FAX番号	() -
診療科名	科
医師氏名	
送信部署・送信者	/

希望診療科 ※○で囲んでください ・医師	希望なし ・ 外科 ・ 内科 ・ 放射線治療科	受診希望日	第1希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日
担当医師事前連絡	☐ 未 ・ ☐ 済	ご都合により来院できない日 令和 年 月 日	
紹介目的 / 状況	☐ 精密検査 ☐ 放射線治療 ☐ 診断後初回治療前 ☐ 治験参加 ☐ 再発 ☐ その他 ☐ 治療中 ()	現在の状況	☐ 入院中 ・ ☐ 入所中 (通院中の場合はチェック不要)
		A D L	☐ 独歩 ・ ☐ 車イス ・ ☐ ストレッチャー
持参予定の画像検査 ※ ☐ CD-Rあり ☐ 画像レポートあり		酸素吸入	☐ 有 ・ ☐ 無
☐ 胸部CT(単純・造影) ☐ 頭部MRI(単純・造影)		持続点滴	☐ 有 ・ ☐ 無
☐ 胸部X-p ☐ PET-CT ☐ 骨シンチ ☐ 持参なし		(備考)	
診 断 名	☐ 肺がん疑い ☐ 縦隔腫瘍(疑い) ☐ GGO/GGN ☐ 中皮腫(疑い) ☐ 肺がん(NSCLC・SCLC) ☐ ()	患者状況	
自覚症状	☐ なし ☐ 発熱 ☐ 倦怠感 ☐ その他 ☐ 咳嗽 ☐ 息切れ ☐ 疼痛 () ☐ 血痰 ☐ SpO2低下 ☐ 麻痺	診療情報提供書について	☐ 当日、患者さんが持参します ☐ 郵送します

患者基本情報

※生年月日等お間違えのないようお願い致します。

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	旧姓	男 女	大・昭平・令 年 月 日 生 (歳)
現住所	(〒 -)		
電話番号	☎ 自宅 () - 呼出 (様方) ☎ 携帯 () -		
当院受診歴	☐ 無 ・ ☐ 有 ⇒ (診察券番号【7桁】: ☐ 不明)		
主保険	☐ 国民保険 ☐ 社会保険 ☐ 後期高齢者 ☐ 共済保険 ☐ 生保 ☐ その他 ()		
公費	☐ 指定難病有り ☐ 小児慢性有り ☐ その他公費有り ()		

※注意点

- ・紹介状(診療情報提供書)を受診前にFAX で送信してください。
- ・本申込書をFAXで送り難い場合は、予約センターまでご連絡ください。

(以下、当院記載欄)

受診日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分