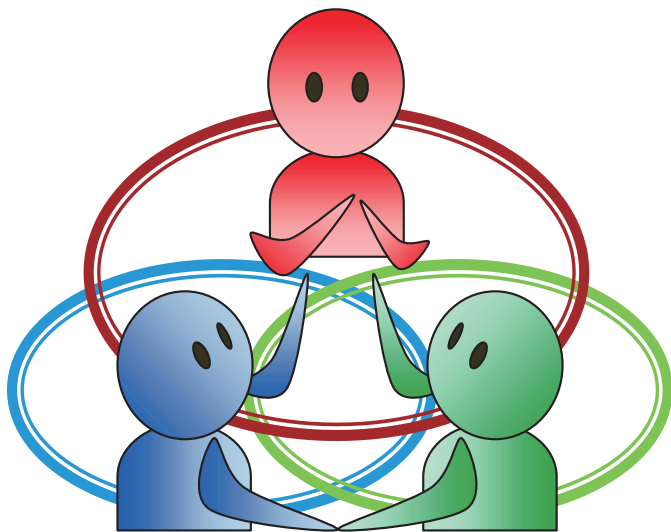


私の診療手帳 —肺—



岡山県がん診療連携協議会

かかりつけ医・拠点病院受診時には
この冊子を忘れずにお持ちください。

私のプロフィール

氏名			生年月日	年	月	日
住所						
TEL	自宅 - -		携帯	-	-	
身長	cm		体重	年 月 日		
				kg		
家族の 連絡先	氏名			続柄		
	連絡先	TEL:				
がん拠点病院						
医療機関名						
科 名						
住 所						
T E L						
担当医						
MSW名						
地域連携室 TEL						
かかりつけ医						
医療機関名						
住 所						
T E L						
担当医						
薬局薬剤師						
薬局名						
連絡先住所						
T E L						
担当薬剤師						

この手帳の使い方

手帳への記入は患者様と医療者が共同で行います。

(1) 患者様へ

- ・ 1ページに氏名、連絡先、診察や治療を受けている医院・病院・担当薬剤師名などをご自身で記入してください。
- ・ この手帳をご自身がもち、診察のつど医療機関に持参して診察記録を記入してもらってください。
- ・ 大事な情報なので紛失しないように大切に取扱ってください。

(2) かかりつけ医の先生へ

- ・ がん拠点病院主治医は、根治的な肺がんの治療を行った患者様の診断名と検査・治療の方針を6ページに記入してかかりつけ医に伝えます。
- ・ その後の医療連携の中で、毎月の状況と3～6か月毎の拠点病院での検査結果などの情報共有に利用してください。

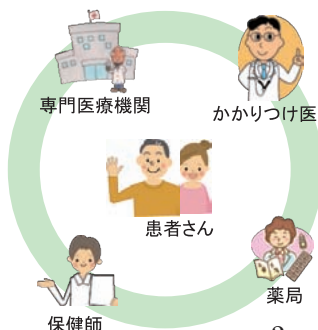
(3) がん拠点病院の先生へ

- ・ 根治的な肺がんの治療を行った患者様をかかりつけ医に紹介して経過観察を依頼するときの連携情報提供書に5、6ページを利用してください。
- ・ その後の医療連携の中で3～6か月毎の拠点病院での検査結果などの情報共有に利用してください。

(4) 情報交換の方法

- ・ 7-16ページのフォローアップシート、17-22ページの連絡欄はかかりつけ医と拠点病院の医師の両方で記入します。画像検査を行った場合は結果を通信欄などに簡単にご記入ください。
- ・ 気になる症状や主治医への質問などは23-28ページに記入してください。
- ・ 記載されている検査予定は目安です。個々の患者様の病状に応じて、診察や検査の時期は変更される場合があります。疑問点があれば遠慮なく主治医にご相談ください。

情報共有と医療連携の輪



もくじ

●連携治療同意書	4
●連携情報提供書	5
●フォローアップシート	7
●通信欄	17
●メモ欄	23

肺がん術後連携パス 患者様用

連携治療同意書

私は,

地域連携クリニカルパスの説明を受け, 連携医手配ののちにパス書類一式を受け取り, 地域連携クリニカルパスに準じた連携医 (かかりつけ医) との連携診療に同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 _____

説明日

平成 年 月 日

病院名 _____

説明者 _____

連携情報共有書 (平成 __ (201 __) 年 __ 月 __ 日)

(がん拠点病院→かかりつけ医)

かかりつけ医	医療機関名		科	
	医師名	先生 侍史		
がん拠点病院	医療機関		科	
	医師名			
基礎疾患	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ : ☐ なし ☐ あり ☐ 不明			
肺がん治療歴	手術日: 年 月 日 進行度: T N M p-stage : 放射線治療: 無 有 化学療法: 無 有 その他:			
合併症	☐ なし ☐ あり ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脳血管疾患 ☐ 心疾患 ☐ 腎疾患 ☐ その他 ()			
アレルギー	造影剤アレルギー ☐ なし ☐ あり その他 ☐ なし ☐ あり ()			
既往歴	☐ なし ☐ あり ()			
喫煙歴	☐ なし ☐ あり (喫煙量 本/日 年間)			
家族歴	☐ なし ☐ あり ()			
現在の治療	☐ 未治療 ☐ (mg/日) ☐ (ml/回、週 回) ☐ () ☐ その他 ()			

かかりつけ医への依頼	
処方 ・ 注射	●以下の処方をお願いします。 ☐ ☐ ☐ ☐
経過 観察	●医療者用パスの通りをお願いします ただしこれらは必要最小限の検査ですので、患者さんの病状に応じて適宜、必要な検査をご検討下さい。
検査 の 評価	・胸部レントゲンで腫瘍性病変が疑われる場合、あるいは描出が不良の場合はがん拠点病院まで連絡をお願いします。
連絡	(通信欄もご利用下さい)
特記 事項	・定期診察以外が必要なときは地域連携室へ連絡をお願いします。 担当医師への連絡調整を行い、受診日を決定します。
達成 目標	・患者さんが地域連携の目的を理解して同意する。 ・定期的な受診、検査ができる。 ・肺がん術後の異常に対して早期に対応できる。
備考	

フォローアップシート

		かかりつけ医	かかりつけ医 と 拠点病院	かかりつけ医
1年目		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
年 月 日		H / /	H / /	H / /
自覚症状	発熱、咳、痰	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	息切れ	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	食欲不振、体重減少	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	頭痛、めまい	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	骨、関節の痛み	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	その他の症状	無・有()	無・有()	無・有()
診察	貧血	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	鎖骨上窩リンパ節腫大	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	呼吸音	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
	その他の異常	無・有()	無・有()	無・有()
血液検査	採血(血算・生化)		正常・異常・未施行	
	腫瘍マーカー(CEA)		正常・異常・未施行	
	(CYFRA)		正常・異常・未施行	
画像検査	胸部レントゲン	正常・異常・未施行	正常・異常・未施行	正常・異常・未施行
	胸部CT		正常・異常・未施行	
	その他		正常・異常・未施行	
メモ	異常項目の詳細内容など			
年 月 日(説明施行日)		H / /	H / /	H / /
評価説明	再発病変	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	遅発性術後合併症など	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有

血液検査結果を転記
あるいは
コピー添付して下さい。

かかりつけ医 と 拠点病院
12ヶ月
H / /
無 ・ 有
無 ・ 有
無 ・ 有
無 ・ 有
無 ・ 有
無・有()
無 ・ 有
無 ・ 有
正常 ・ 異常
無・有()
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
H / /
無 ・ 有
無 ・ 有

	6ヶ月	12ヶ月
検査日	H / /	H / /
血液一般		
赤血球数		
Hb		
Ht		
白血球数		
血小板数		
生化学		
Alb		
T-bil		
ALP		
LDH		
AST(GOT)		
ALT(GPT)		
BUN		
CRTN		
CRP		
Na		
K		
Cl		
Ca		
腫瘍 マーカー		
CEA		
CYFRA		

フォローアップシート

		かかりつけ医	かかりつけ医 と 拠点病院	かかりつけ医
2年目		15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月
年 月 日		H / /	H / /	H / /
自覚症状	発熱、咳、痰	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	息切れ	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	食欲不振、体重減少	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	頭痛、めまい	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	骨、関節の痛み	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	その他の症状	無・有()	無・有()	無・有()
診察	貧血	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	鎖骨上窩リンパ節腫大	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	呼吸音	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
	その他の異常	無・有()	無・有()	無・有()
血液検査	採血(血算・生化)		正常・異常・未施行	
	腫瘍マーカー(CEA)		正常・異常・未施行	
	(CYFRA)		正常・異常・未施行	
画像検査	胸部レントゲン	正常・異常・未施行	正常・異常・未施行	正常・異常・未施行
	胸部CT		正常・異常・未施行	
	その他		正常・異常・未施行	
メモ	異常項目の詳細内容など			
年 月 日(説明施行日)		H / /	H / /	H / /
評価説明	再発病変	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	遅発性術後合併症など	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有

血液検査結果を転記
あるいは
コピー添付して下さい。

かかりつけ医 と 拠点病院
24ヶ月
H / /
無 ・ 有
無 ・ 有
無 ・ 有
無 ・ 有
無 ・ 有
無・有()
無 ・ 有
無 ・ 有
正常 ・ 異常
無・有()
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
正常・異常・未施行
H / /
無 ・ 有
無 ・ 有

	18ヶ月	24ヶ月
検査日	H / /	H / /
血液一般		
赤血球数		
Hb		
Ht		
白血球数		
血小板数		
生化学		
Alb		
T-bil		
ALP		
LDH		
AST(GOT)		
ALT(GPT)		
BUN		
CRTN		
CRP		
Na		
K		
Cl		
Ca		
腫瘍 マーカー		
CEA		
CYFRA		

フォローアップシート

		かかりつけ医	かかりつけ医 と 拠点病院
3年目		30ヶ月	36ヶ月
年 月 日		H / /	H / /
自覚症状	発熱、咳、痰	無 ・ 有	無 ・ 有
	息切れ	無 ・ 有	無 ・ 有
	食欲不振、体重減少	無 ・ 有	無 ・ 有
	頭痛、めまい	無 ・ 有	無 ・ 有
	骨、関節の痛み	無 ・ 有	無 ・ 有
	その他の症状	無・有()	無・有()
診察	貧血	無 ・ 有	無 ・ 有
	鎖骨上窩リンパ節腫大	無 ・ 有	無 ・ 有
	呼吸音	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
	その他の異常	無・有()	無・有()
血液検査	採血(血算・生化)		正常・異常・未施行
	腫瘍マーカー(CEA)		正常・異常・未施行
	(CYFRA)		正常・異常・未施行
画像検査	胸部レントゲン	正常・異常・未施行	正常・異常・未施行
	胸部CT		正常・異常・未施行
	その他		正常・異常・未施行
メモ	異常項目の詳細内容など		
年 月 日(説明施行日)		H / /	H / /
評価説明	再発病変	無 ・ 有	無 ・ 有
	遅発性術後合併症など	無 ・ 有	無 ・ 有

血液検査結果を転記
あるいは
コピー添付して下さい。

	30ヶ月	36ヶ月
検査日	H / /	H / /
血液一般		
赤血球数		
Hb		
Ht		
白血球数		
血小板数		
生化学		
Alb		
T-bil		
ALP		
LDH		
AST(GOT)		
ALT(GPT)		
BUN		
CRTN		
CRP		
Na		
K		
Cl		
Ca		
腫瘍 マーカー		
CEA		
CYFRA		

フォローアップシート

		かかりつけ医	かかりつけ医 と 拠点病院
4年目		42ヶ月	48ヶ月
年 月 日		H / /	H / /
自覚症状	発熱、咳、痰	無 ・ 有	無 ・ 有
	息切れ	無 ・ 有	無 ・ 有
	食欲不振、体重減少	無 ・ 有	無 ・ 有
	頭痛、めまい	無 ・ 有	無 ・ 有
	骨、関節の痛み	無 ・ 有	無 ・ 有
	その他の症状	無・有()	無・有()
診察	貧血	無 ・ 有	無 ・ 有
	鎖骨上窩リンパ節腫大	無 ・ 有	無 ・ 有
	呼吸音	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
	その他の異常	無・有()	無・有()
血液検査	採血(血算・生化)		正常・異常・未施行
	腫瘍マーカー(CEA)		正常・異常・未施行
	(CYFRA)		正常・異常・未施行
画像検査	胸部レントゲン	正常・異常・未施行	正常・異常・未施行
	胸部CT		正常・異常・未施行
	その他		正常・異常・未施行
メモ	異常項目の詳細内容など		
年 月 日(説明施行日)		H / /	H / /
評価説明	再発病変	無 ・ 有	無 ・ 有
	遅発性術後合併症など	無 ・ 有	無 ・ 有

血液検査結果を転記
あるいは
コピー添付して下さい。

	42ヶ月	48ヶ月
検査日	H / /	H / /
血液一般		
赤血球数		
Hb		
Ht		
白血球数		
血小板数		
生化学		
Alb		
T-bil		
ALP		
LDH		
AST(GOT)		
ALT(GPT)		
BUN		
CRTN		
CRP		
Na		
K		
Cl		
Ca		
腫瘍 マーカー		
CEA		
CYFRA		

フォローアップシート

		かかりつけ医	かかりつけ医 と 拠点病院
5年目		54ヶ月	60ヶ月
年 月 日		H / /	H / /
自覚 症状	発熱、咳、痰	無 ・ 有	無 ・ 有
	息切れ	無 ・ 有	無 ・ 有
	食欲不振、体重減少	無 ・ 有	無 ・ 有
	頭痛、めまい	無 ・ 有	無 ・ 有
	骨、関節の痛み	無 ・ 有	無 ・ 有
	その他の症状	無・有()	無・有()
診 察	貧血	無 ・ 有	無 ・ 有
	鎖骨上窩リンパ節腫大	無 ・ 有	無 ・ 有
	呼吸音	正常 ・ 異常	正常 ・ 異常
	その他の異常	無・有()	無・有()
血 液 検 査	採血(血算・生化)		正常・異常・未施行
	腫瘍マーカー(CEA)		正常・異常・未施行
	(CYFRA)		正常・異常・未施行
画 像 検 査	胸部レントゲン	正常・異常・未施行	正常・異常・未施行
	胸部CT		正常・異常・未施行
	その他		正常・異常・未施行
メモ	異常項目の詳細 内容など		
年 月 日(説明施行日)		H / /	H / /
評 価 説 明	再発病変	無 ・ 有	無 ・ 有
	遅発性術後合併症など	無 ・ 有	無 ・ 有

血液検査結果を転記
あるいは
コピー添付して下さい。

	54ヶ月	60ヶ月
検査日	H / /	H / /
血液一般		
赤血球数		
Hb		
Ht		
白血球数		
血小板数		
生化学		
Alb		
T-bil		
ALP		
LDH		
AST(GOT)		
ALT(GPT)		
BUN		
CRTN		
CRP		
Na		
K		
Cl		
Ca		
腫瘍 マーカー		
CEA		
CYFRA		

通信欄(かかりつけ医とがん拠点病院)

通信欄(かかりつけ医とがん拠点病院)

通信欄(かかりつけ医とがん拠点病院)

メモ欄(患者様用)

メモ欄(患者様用)

メモ欄(患者様用)

－ この手帳を拾われた方へお願い －

この手帳は私にとって大切なものです。もしどこかに落ちているところを見つけられましたら、お手数ですが1ページの連絡先のいずれかにお知らせ下さいますようお願い申し上げます。

この連携パスは肺がん術後の患者さんのために、かかりつけ医と岡山県がん診療連携拠点病院とがお互いに協力しながら、肺がん術後の効率的な経過観察を行うことを目的として作成されました。

この連携パスについて、ご意見がございましたら下記にご連絡ください。

発行元：岡山県がん診療連携協議会
連絡先：

住 所：

電 話：

非売品



岡山県がん診療連携協議会

岡山大学病院

岡山済生会総合病院

岡山赤十字病院

倉敷中央病院

津山中央病院

国立病院機構 岡山医療センター

川崎医科大学附属病院