

この冊子の使い方

- この冊子を通して、退院後5年間の大まかな治療計画についてお示しし、診療情報や患者様からの情報をかかりつけ医とがん拠点病院等の担当医とで共有いたします。
- この冊子は、かかりつけ医、がん拠点病院等を受診する際には必ずお持ちになり、受診時に医師または看護師にご提示ください。
- セルフチェック欄があれば、受診前に可能な限り記入しておいてください。また、気になることや相談したいことは治療メモ欄に記載しておきましょう。
- この冊子には、あなたにとって大切な個人情報・医療情報が記載されていますので、紛失には十分ご注意ください。(拾得された方は2ページ目の連絡先のいずれかまでご連絡ください。)

岡山県がん診療連携協議会

岡山県がん診療連携拠点病院：岡山大学病院

地域がん診療連携拠点病院：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／岡山医療センター／川崎医科大学附属病院

地域がん診療病院：金田病院／高梁中央病院

岡山県がん診療連携推進病院：岡山ろうさい病院／岡山市立市民病院／川崎医科大学総合医療センター／倉敷成人病センター

岡山県がん診療連携協議会事務局（岡山大学病院 医事課診療支援担当）

〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2丁目5番1号

TEL：086-235-7072 E-mail：sinryousien@adm.okayama-u.ac.jp

医療機関の皆様へ

この冊子に関するご意見・ご要望は、岡山県がん診療連携協議会事務局までご連絡ください。

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

| | |
|-------------------------|----------------|
| お 名 前 | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| ご 住 所 | |
| 電 話 番 号 | 自宅： 携帯： |
| ご家族の連絡先 | お 名 前： (ご関係：) |
| | 電 話 番 号： |
| 身 長 | cm |
| 体 重 | kg (測定： 年 月 日) |
| | kg (測定： 年 月 日) |
| | kg (測定： 年 月 日) |
| がん拠点病院 (がん治療をはじめた病院) | 医療機関名： |
| | 診察券番号： |
| | 診 療 科： 科 |
| | 主 治 医 名： 先生 |
| | 病院電話番号： |
| かかりつけ医 | 医療機関名： |
| | 診察券番号： |
| | 主 治 医 名： 先生 |
| | 病院電話番号： |
| かかりつけ薬局 | 薬 局 名： |
| | 電 話 番 号： |
| | FAX 番 号： |
| 留意事項・アレルギーなど | |

連携情報共有

| | |
|--------|---|
| 肺がん治療歴 | 手術日： 年 月 日 |
| | 術 式： |
| | 進行度： T N M stage |
| | 術前・術後化学療法：無・有 () |
| | 術前・術後放射線治療：無・有 () |
| 既往歴 | その他 () |
| | <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 |
| 今後の方針 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 経過観察 |
| | <input type="checkbox"/> 化学療法 () |
| | () |

肺がん術後の診察・検査スケジュール

● 下記スケジュールは、
あなたの病状に応じて異なる場合もあります。

● 定期的な受診の必要性について

手術やお薬の副作用、再発チェックのため定期的な受診が必要です。

| | 3 か 月 | 半 年 | 9 か 月 | 1 年 | | 1 年 半 | | 2 年 | | 2 年 半 | | 3 年 | | 3 年 半 | | 4 年 | | 4 年 半 | | 5 年 | |
|--|-------------|--------|-------------|--------|---|-------------|---|--------|---|-------------|---|--------|---|-------------|---|--------|---|-------------|----|--------|---|
| | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 問診 [咳・痰、息切れ、体重減少など] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診察 [貧血、鎖骨上窩リンパ節腫大、 呼吸音など] | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | △ | ○ | △ | ● | △ | ○ | △ | ● | △ | ○ | △ | ● | ● |
| 血液検査 [血算・生化、 腫瘍マーカー：CEA、 CYFRA など] | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | | ○ | | ● | | △ | | ● | | △ | | ● | ● |
| 胸部X線検査 | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | | ○* | | | | ○* | | | | | ○* | | |
| 胸部CT [単純/造影] | | ● | | ● | | ● | | ● | | △ | | ● | | △ | | ● | | △ | | ● | ● |
| 造影脳CT/MRI | | ▲ | | ▲ | | ▲ | | ▲ | | | | ▲ | | | | ▲ | | | | | ▲ |

推奨される検査

- : がん拠点病院で実施 (かかりつけ医で実施する場合があります)
- : かかりつけ医で実施
- * : かかりつけ医で実施・胸部CT線撮影時は省略可

必要に応じて実施される検査

- ▲ : がん拠点病院で実施 (かかりつけ医で実施する場合があります)
- △ : かかりつけ医で実施

診療の記録 (かかりつけ医とがん拠点病院用①)

異常所見の有無、腫瘍マーカー値などの記録に利用してください。

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

診療の記録 (かかりつけ医とがん拠点病院用②)

異常所見の有無、腫瘍マーカー値などの記録に利用してください。

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

診療の記録(かかりつけ医とがん拠点病院用③)

異常所見の有無、腫瘍マーカー値などの記録に利用してください。

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|
| | | |

治療経過のメモ (患者様用①)

気になる症状や医師からのアドバイスの記録に利用してください。

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

治療経過のメモ (患者様用②)

気になる症状や医師からのアドバイスの記録に利用してください。

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

| |
|-------|
| 年 月 日 |
| |

検査結果等貼付欄

.....

検査結果等貼付欄

.....

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。

年 月 日
患者氏名 _____

説明日 年 月 日
病 院 名 _____
説 明 者 _____

退院後の診療と地域連携クリニカルパス（地域連携パス）について

岡山県がん診療連携拠点病院等（以下『がん拠点病院等』）では、患者様にわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「診療計画書（クリニカルパス）を活用しています。地域連携クリニカルパス（以下『地域連携パス』）では、治療の計画を立てて患者様にお示しし、ご了承いただいたうえで、がん拠点病院等およびかかりつけ医の医師、看護師、薬剤師などが協力して診療にあたります（チーム医療）。地域連携パスは、患者様と医療者が共同で利用できる形としています。

1 地域連携パスの目的

私たちは、地域連携パスを用いて、地域の病院や診療所と同じ診療方針で安全かつ質の高い医療を提供したいと考えています。患者様を中心として、医師・看護師・薬剤師など関係する医療者が患者様の基本情報や検査結果、診療方針を共有し、診療協力体制を作ります。患者様には連携のための診療手帳（本冊子）をお渡しします。

2 地域連携パスの運用方法

地域連携診療開始後の落ち着いた時点（およそ退院後1～6ヶ月）から、かかりつけ医（地域の病院、診療所）が日々の診察（2週間～1ヶ月に1度）と投薬（処方）、実施可能な検査を担当し、がん拠点病院が節目（3～12ヶ月）ごとの診察と詳細な検査を行います。情報の共有には、診療情報提供書（紹介状）、診療手帳（本冊子）、医療者用パスを用います。病状が変化した時や副作用が強い時などに備え、夜間休日でも安心できる連携体制を作ります。

3 地域連携パスに期待されること

地域連携パスを共有し、患者様の主治医が複数になることによって、異常の早期発見やきめ細かな対応が期待できます。病院や診療所の混雑が解消される効果もあるでしょう。また、私たちが患者様やご家族のお話をもっと聞くことができるようになると考えています。

4 同意後の同意撤回について

私たちは、地域連携パスが患者様の療養生活や診療方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者様やご家族と十分ご相談しながら運用をすすめますが、途中で中止することもできます。

5 質問の自由

ご不明な点やご心配があればいつでもご相談ください。

6 その他（有害事項等）

地域連携パスを使用することによる有害事項はないと考えられますが、地域連携パスどりの診療が適切でないと判断した場合は、状況により変更・中断することがあります。

がん拠点病院等では、地域連携パスの運用にあたって、上記1～6について医療者よりご説明し、書面による同意をいただいております。

同意書は各医療機関にて厳重に保管されます。患者様には控えをお渡ししていますので、同意書の控えは大切に保管してください。