

# 地域連携手帳

(京都府統一版)

名前(ふりがな)	( )
生年月日	明・大 昭・平
	____年____月____日

# 乳がん術後 地域連携手帳 (京都府統一版)

## 目次

○地域連携手帳とは	1
○連携手帳を用いた診療の流れ	2
○連携手帳の使い方について	3
○連携手帳使用に係る説明書・同意書	4
○わたしのプロフィール	6
・氏名、医療機関等	
・既往歴、アレルギー、内服薬等	
・手術・治療記録	
・その他特記事項（連携時）	
○診察・検査予定表	10
○特記事項	20
○薬剤師・看護師・医療リハビリカー等記入欄	24

## 地域連携手帳とは

この地域連携手帳（連携手帳）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良く提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

乳がんの手術を受けられた方は手術後一定期間、定期検査を受ける必要があります。この冊子の10～19ページに「診察・検査予定表」として、定期検査の予定をまとめました。

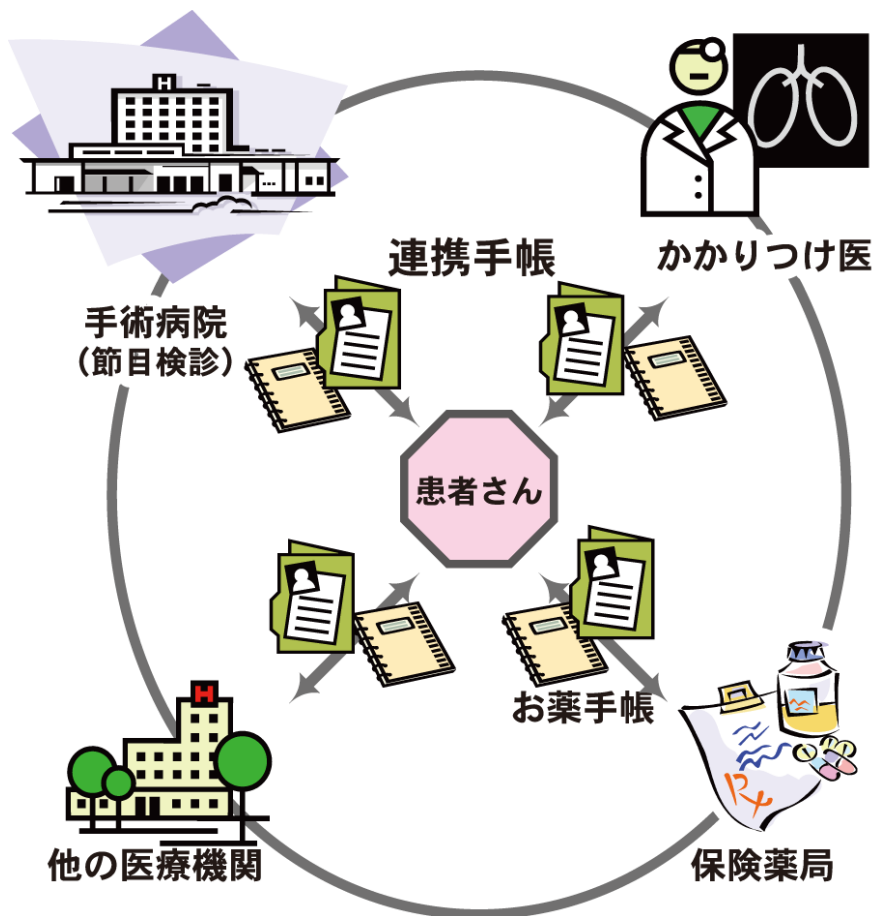
乳がん治療後は、そう高い可能性があるとは言えないものの、再発並びに対側乳房への新規乳がんの発生などを定期的に見ることが必要です。

原則的に1年に1回は手術を受けた病院を受診し、それ以外の時はかかりつけの病院・医院（かかりつけ医療機関）を受診して定期的に検査を行ってもらい、処方や体調の変化などをみてもらってください。

かかりつけの医療機関での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合は、その時点で手術病院を受診していただくことになります。

なお、乳がん以外のがんは検査の対象外となります。かかりつけ医の先生に相談するか、地域の健康診断などをお受け下さい。

## 連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です。

## 連携手帳の使い方について

- 1) 手術病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に8～9ページの記載をお願いします。病院等で使用している様式があれば貼り付けて使用していただいても結構です。
- 2) 患者さんは、6～7ページの記載をお願いします。(患者さんが書くのが難しい場合、御家族の方などが記入してください。)
- 3) かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、10～19ページの診察・検査予定表の検査欄や予め役割分担を決め、かかりつけ医療機関が行う検査(◎)、手術病院が行う検査(●)あるいはどちらかで行う検査(□)を記述しておいてください。病院等で使用している様式があれば貼り付けて使用していただいても結構です。
- 4) 患者さんは、医療機関を受診される際は、この「地域連携手帳」の持参をお願いします。
- 5) かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、診療の際、10～19ページの診察・検査予定表に次のように記載をお願いします。
  - a) 診察した日(確認日)の日付記載
  - b) 検査を行った場合は、項目にチェック
  - c) ホルモン剤の服用がある場合は、受診時に項目にチェック
  - d) LH-RH 製剤の注射を行った場合はその日付を記載
  - e) 診察結果について診察所見・検査結果欄に記載(問題あり・なし程度の簡単な記載で結構です)
  - f) 問題があり、書ききれない場合や、かかりつけ医/専門病院で伝達が必要な場合は、特記事項欄にその内容を記載するか、診療情報提供書の発行をお願いします。
- 6) 薬剤師・看護師・医療リハビリカーの方で、連携機関に情報提供が必要な場合は、薬剤師・看護師・医療リハビリカー等記入欄に記載をお願いします。

## 連携手帳使用に係る説明書・同意書

平成 年 月 日

説明者（医師） 病院 科（ ）

私は、患者様の今後の診療とがん地域連携手帳について、下表の如く説明いたしました。

1. 目的	<p>京都府では、患者さん・ご家族にわかりやすく質の高い医療を目指して「がん地域連携手帳（連携手帳）」を活用しています。「連携手帳」では病気の経過を予測して、各々の患者さんにとって現時点で一番よい診療の計画を立て、患者さん・ご家族に納得していただいた上で、医療者（医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカーなど）が協力して診療にあたります。当院ではこの「連携手帳」を用いて地域の病院や診療所と協力して、同じ診療方針のもとに、より安全で質の高い医療を提供したいと考えています。</p> <p>患者さん・ご家族を中心に、関係する医療者が、診療方針や検査結果などを知った上で協力体制をつくります。</p>
2. 方法	<p>当院と、地域のかかりつけの医療機関（病院や診療所）とが共同して、役割分担をしながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投薬などを担当し、当院が節目の診察・検査を行います。病状が急に変わった時や、なんらかの問題が生じた時に対応し安心できる体制を作っています。</p>

3. 期待されること	<p>「連携手帳」を使用してかかりつけの医療機関と連携することで、患者さんの主治医が複数になります。異常の早期発見やきめ細かい対応が可能になります。患者さんや・ご家族の日々の相談も、もっとお聞きできるようになると考えます。日常の生活のなかで安心して治療することが可能となります。</p>
4. 同意と撤回	<p>私たちは、「連携手帳」が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているか吟味し、利用された方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さん・ご家族と十分相談しながら、運用をすすめて参ります。途中で中止されてもかまいません。中止されたからといってなんら不利益を受けることはありません。</p>
5. 負担	<p>「連携手帳」を使用することで、有害な事が生じることはありません。</p> <p>地域の病院や診療所に通う分、通院や待ち時間の負担が軽減されることが多いですが、連絡調整の費用として、保険診療上、自己負担が生じます。</p>
6. 質問の自由	<p>ご不明の点や心配があれば、いつでもご相談下さい。</p>

私は地域連携診療の目的や方法などについて上記の説明を受け十分に理解した上で、この地域連携診療に参加することに

- 同意します  
 同意しません

平成 年 月 日

患者氏名（ ）  
 家族等氏名（ ） 続柄（ ）

このページは患者さん（又は御家族の方など）が記入してください。

## わたしのプロフィール

生年月日	明・大 昭・平	____年____月____日	
身長	____cm	体重	術前 ____kg 退院時 ____kg
手術病院			
TEL			
ID			
担当医			
手術日	____年____月____日 ____年____月____日		
かかりつけ医療機関（1）			
TEL			
医師名			
かかりつけ医療機関（2）			
TEL			
医師名			
かかりつけ薬局			
TEL			

このページは患者さん（又は御家族の方など）が記入してください。

## 既往歴及び現在加療中の病気

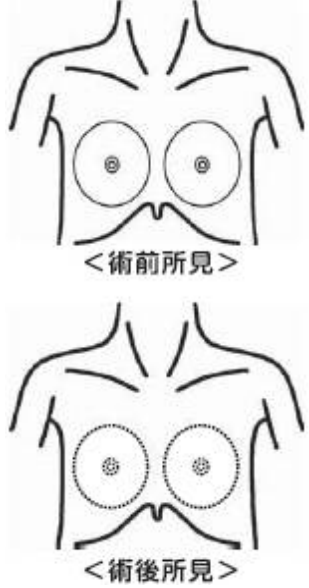
記入例（高血圧、糖尿病など）


## アレルギー（薬・食べ物等）


## 内服薬（お薬手帳があるときは記入不要）

--

手術記録

閉経状況	( 前 ・ 後 ・ 不明 )
病 期	T_____ N_____ M_____ Stage_____
手 術 日	_____年_____月_____日
手術術式	
病 理	
組織型 _____	
PT _____cm	
n _____ / _____	
ER _____ PgR _____ HER2	
ly _____ NG _____	
断端 (陰性・陽性)	
備 考	

放射線療法

部位
総線量・回数
期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日
備考

化学療法

内容 (レジメン名・薬剤名・投与量 ( / m <sup>2</sup> ) ・回数)
期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日
備考

内分泌治療

内容
投与開始日 _____年 _____月 _____日
予定期間
備考

その他特記事項 (連携時)

記入例) クレアチニン値 _____ mg/dl

## 診察・検査予定表（乳がん 退院後～1年6ヶ月）

手術日	_____年____月____日	3ヶ月	6ヶ月
		_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
診察		○	○
チェック			
乳房US /MMG	MMG (US代用可)		
	チェック		
	US		△
	チェック		
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
チェック			
胸部レントゲン			△
チェック			
婦人科（TAM服用中のみ）			
チェック			
骨密度（AI服用中のみ）			△
チェック			
内服確認(ホルモン剤)		チェック	
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
チェック			
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、  
 ◎かかりつけ医療機関が行う  
 ●は手術病院が行う 等の予定を記述してください。  
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う  
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月
_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
○	○	○	○
	○		
	△		△
△	△	△	△
	△		△
	○		
	○		△
/ /	/ /	/ /	/ /

\_\_\_\_\_ 1年目に行ったその他検査（任意）等 \_\_\_\_\_  
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 診察・検査予定表（乳がん 1年9ヶ月～3年）

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、  
 ◎かかりつけ医療機関が行う  
 ●は手術病院が行う 等の予定を記述してください。  
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う  
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

手術日	_____年____月____日	1年9ヶ月	2年
		_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
診察		○	○
チェック			
乳房US /MMG	MMG(US代用可)		○
	チェック		
	US		△
	チェック		
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
チェック			
胸部レントゲン			△
チェック			
婦人科（TAM服用中のみ）			○
チェック			
骨密度（AI服用中のみ）			○
チェック			
内服確認(ホルモン剤)		チェック	
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
チェック			
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
○	○	○	○
			○
	△		△
△	△	△	△
	△		△
			○
	△		○
/ /	/ /	/ /	/ /

\_\_\_\_\_ 2年目に行ったその他検査（任意）等 \_\_\_\_\_  
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ \_\_\_\_\_ ）

\_\_\_\_\_ 3年目に行ったその他検査（任意）等 \_\_\_\_\_  
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ \_\_\_\_\_ ）





## 診察・検査予定表（乳がん 4年9ヶ月～7年）

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、

◎かかりつけ医療機関が行う

●は手術病院が行う等の予定を記述してください。

□かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う

△は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

手術日	_____年____月____日	4年9ヶ月	5年
		_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
診察		○	○
チェック			
乳房US /MMG	MMG(US代用可)		○
	チェック		
	US		△
	チェック		
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
チェック			
胸部レントゲン			△
チェック			
婦人科（TAM服用中のみ）			○
チェック			
骨密度（AI服用中のみ）			○
チェック			
内服確認(ホルモン剤)		チェック	
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
チェック			
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

\_\_\_\_\_ 5年目に行ったその他検査（任意）等 \_\_\_\_\_

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ \_\_\_\_\_ ）

5年6ヶ月	6年	6年6ヶ月	7年
_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
○	○	○	○
			○
	△		△
△	△	△	△
	△		△
	○		○
△	○	△	○
/ /	/ /	/ /	/ /

\_\_\_\_\_ 6・7年目に行ったその他検査（任意）等 \_\_\_\_\_

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 診察・検査予定表（乳がん 7年6ヶ月～10年）

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、  
 ◎かかりつけ医療機関が行う  
 ●は手術病院が行う 等の予定を記述してください。  
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う  
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

手術日	_____年____月____日	7年6ヶ月	8年
		_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
診察		○	○
チェック			
乳房US /MMG	MMG(US代用可)		
	チェック		
	US		△
チェック			
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
チェック			
胸部レントゲン			△
チェック			
婦人科（TAM服用中のみ）			○
チェック			
骨密度（AI服用中のみ）		△	○
チェック			
内服確認(ホルモン剤)		チェック	
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
チェック			
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

8年6ヶ月	9年	9年6ヶ月	10年	これ以後は1年に1回 乳房の定期的検査をお受けください。
_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	
○	○	○	○	
	○			
	△		△	
△	△	△	△	
	△		△	
	○		○	
△	○	△	○	
/ /	/ /	/ /	/ /	

8・9年目に行ったその他検査（任意）等  
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）

10年目に行ったその他検査（任意）等  
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）

特記事項

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

特記事項

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

特記事項

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

特記事項

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日(術後 年 ヲ月)

医師コメント

医師署名 \_\_\_\_\_





この地域連携手帳（連携手帳）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良く提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

○手帳の様式に関してご意見がございましたら下記にお寄せ下さい。

○治療に関しては、かかりつけ医または手術をした病院医師にご相談ください。

京都府健康対策課 がん対策担当

郵 送：〒602-8570

京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

F A X：075-431-3970

E-mail：kentai@pref.kyoto.lg.jp