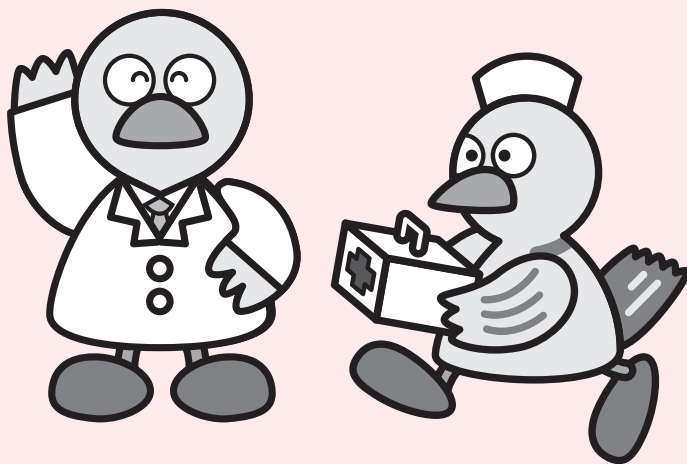


埼玉県医療連携手帳 (乳腺)



お名前 _____

生年月日 明・大
昭・平 _____年 _____月 _____日

連携手帳とは

埼玉県のがん診療連携拠点病院（以下拠点病院）では、患者さんに安全で安心な医療を提供するため、チーム医療を積極的に行っております。また、効率の良い診療を推進するために、クリティカルパスを活用しています。クリティカルパスとは、その病気の平均的な臨床経過を予測し、最良と考えられる診療計画を立て、患者さんに納得していただいたうえでチーム医療を行い、そして評価するシステムです。診療の全体像が見えるようにした点、診療行為の評価と改善をシステム化した点が優れています。現在、当院に入院される患者さんの多くはクリティカルパスによる診療が行われています。

このクリティカルパスを拠点病院と地域の医療機関（以下かかりつけ医）との連携に活用し、患者情報と治療方針を共有することにより、質の高い診療体制を構築・継続したいと考えています。地域連携クリティカルパス（以下連携パス）にもとづく診療では、乳がん初期治療（手術、抗がん剤治療、放射線治療）終了後の落ち着いた時点（およそ退院から1～3ヶ月後）から、かかりつけ医で投薬を含む日常診察（2週間～3ヶ月に一度）を受けていただき、拠点病院で節目（6～12ヶ月に一度）に治療経過の評価をさせていただきます。かかりつけ医と患者さんの最新データや今後の治療方針、悪化時の対処方法を共有し、協力して診療を行います。また患者さん

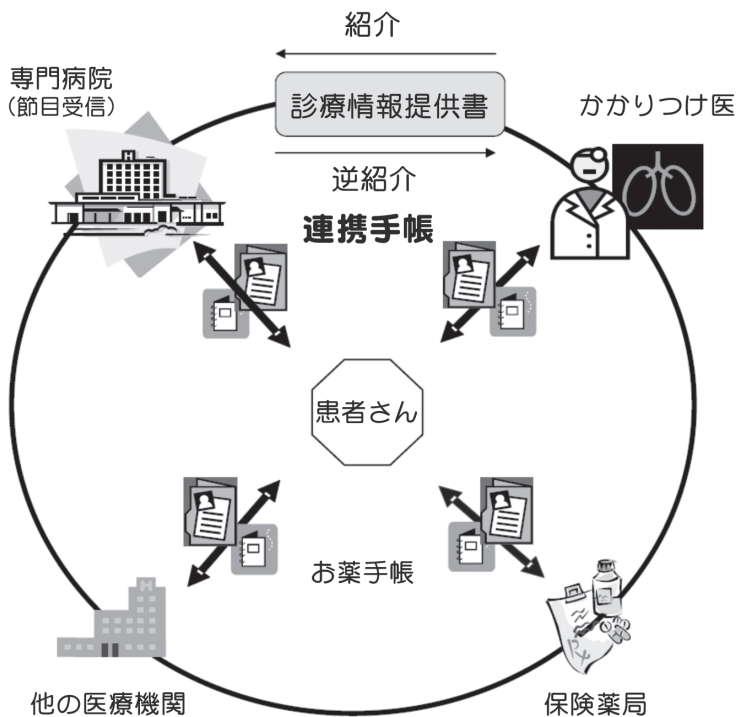
の安全（副作用対策など）に備え、夜間休日の救急対応や病状悪化時に対応できる体制を取ります。また、高血圧、糖尿病、心臓病、高脂血症、不安などの併存疾患や上気道炎など拠点病院では対応が難しい疾患でも安心して診療が受けられます。

連携パスの活用により、外来での混雑や説明不足が解消され、不安も回避できます。また、診療の待ち時間や通院時間が短縮されたとの報告もあります。

私共は、連携パスを介した、かかりつけ医との共同診療があなたに合っているかどうかを十分に吟味し、現在行っている医療が継続できると判断しました。なお、連携の中止や連携先の変更に関する希望があれば最大限尊重させていただきます。

以上についてご理解いただければ幸いです。わからないことがあればいつでもご相談ください。

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

1. 連携元病院の担当の医師は、患者さんにお渡しする前に 8 ページについてご記入ください。
2. 患者さんは連携手帳を受け取ったら、5 ページから 7 ページについてご記入ください。
3. かかりつけ医ならびに連携元病院の担当医師は、患者さんが受診される際に次のような記載をお願いします。
 - (1) 診察日の日付記載および項目のチェック
 - (2) かかりつけ医 / 紹介元病院に伝達が必要な項目がある場合、9 ページ以降のコメントに記載してください。
 - (3) かかりつけ医・連携元病院の担当医師のいずれかが、連携中に継続的に注意が必要なもの等、必要と思われることは、17 ページ以降の連携中の診療メモに記載してください。

決定した連携医療機関（かかりつけ医）の一覧

（病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等）

	医療機関 1	医療機関 1
連絡先		
担当医		
担当看護師		
連携室の担当者		
	調剤薬局	
連絡先		
担当者		
	訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等	
連絡先		
担当者		

【左記への連絡方法と順番】

平日

夜間休日

記載日 年 月 日

氏名：
ID：
生年月日 大・昭・平 年 月 日
住所：
電話番号： (緊急連絡先：)
血液型 型 身長 cm 体重 kg
【薬の副作用情報】 薬剤 症状 いつ頃
【今までにかかった病気】

共同診療計画書 1 (乳がん)

患者氏名： _____

患者番号： _____

術後月数および日付		1か月 月 日	2か月 月 日	3か月 月 日	4か月 月 日	5か月 月 日
処方	AI	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	SERM	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射日	ゾラデックス	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	リュープリン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問診	ほてり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	おりもの	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	関節痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
触診	乳房腫瘍	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血液検査	血算			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	生化学			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	腫瘍マーカー			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
画像検査	マンモグラフィ					
	超音波検査					
	胸部写真					
	腹部超音波					
	CT					
	骨シンチ 骨密度 (AI)					

コメント						
------	--	--	--	--	--	--

共同診療計画書 2 (乳がん)

患者氏名 : _____

患者番号 : _____

術後月数および日付		1年3か月	1年6か月	1年9か月	2年	2年3か月
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
処方	AI	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	SERM	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射日	ゾラデックス	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	リュープリン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問診	ほてり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	おりのもの	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	関節痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
触診	乳房腫瘍	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血液検査	血算				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	生化学				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	腫瘍マーカー				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
画像検査	マンモグラフィ				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	超音波検査				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	胸部写真				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	腹部超音波				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	CT				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	骨シンチ				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	骨密度 (AI)				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

コメント						
------	--	--	--	--	--	--

共同診療計画書 3(乳がん)

患者氏名： _____

患者番号： _____

術後月数および日付		4年3か月	4年6か月	4年9か月	5年	
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
処方	AI	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	SERM	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射日	ゾラデックス	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	リュープリン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問診	ほてり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	おりもの	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	関節痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
触診	乳房腫瘍	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	浮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血液検査	血算				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	生化学				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	腫瘍マーカー				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
画像検査	マンモグラフィ				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	超音波検査				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	胸部写真				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	腹部超音波				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	CT					
	骨シンチ					
	骨密度 (AI)				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

コメント						
------	--	--	--	--	--	--

自己チェックシート

患者氏名： _____

患者番号： _____

術後月数および日付		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
副作用	ほてり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	おりもの	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	不正性器出血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	関節痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	関節のこわばり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	体重変動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
リハビリ	腕が上がらない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腕などのむくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
自己検診	乳房の痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	乳房のしこり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腋の下のしこり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

年月日

サイン

—— この手帳の使い方について ——

1. 連携元病院の担当の医師は、患者さんにお渡しする前に8ページについてご記入ください。
2. 患者さんは連携手帳を受け取ったら、5ページから7ページについてご記入ください。
3. かかりつけ医ならびに連携元病院の担当医師は、患者さんが受診される際に次のような記載をお願いします。
 - (1) 診察日の日付記載および項目のチェック
 - (2) かかりつけ医 / 紹介元病院に伝達が必要な項目がある場合、9ページ以降のコメントに記載してください。
 - (3) かかりつけ医・連携元病院の担当医師のいずれかが、連携中に継続的に注意が必要なもの等、必要と思われることは、17ページ以降の連携中の診療メモに記載してください。

埼玉県医師会
埼玉県がん診療連携協議会

ご意見がございましたら下記にお寄せください。

(事務局) 埼玉県立がんセンター
TEL 048-722-1111
FAX 048-722-1129