




もくじ

1. プロフィール
2. 連携パス・医師の役割分担について
3. 日常生活の注意点
4. 体調不良時の緊急対応メモ
5. 連携パス説明書・同意書
6. 医療者役割分担表
7. 診療情報共有書
8. 共同診療計画表/連携パス記入表
9. 診療における特記事項
10. 看護師・薬剤師・管理栄養士
理学療法士・ヘルパー 他からのメッセージ
11. 次回診療時に医療者へ伝えたいメッセージ
12. 診察の自己記録
13. 病院の各部署、担当のご案内

診療手帳とやま G
地域連携パス



〇〇〇〇〇病院 



プロフィール

よみがな	生年月日		血液型
名前	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	
住所	〒 -		
病名			
これまでの病気の経過			
アレルギーのある人			
かかっている医療者	かかりつけ医・病院名	_____	
	連絡担当看護師	☎	_____
	専門医師・病院名	_____	
	連絡担当看護師	☎	_____
	訪問看護師	_____	
	名前	☎	_____
	ケアマネジャー	_____	
名前	☎	_____	
調剤薬局	_____		
名前	☎	_____	
緊急時の連絡先(1)	連絡する人の名前 (本人との関係) _____ 電話番号(自宅/携帯) _____		
緊急時の連絡先(2)	連絡する人の名前 (本人との関係) _____ 電話番号(自宅/携帯) _____		

連携パスについて

「がん診療連携パス（連携パス）」とは、病院の主治医である専門医とかかりつけ医が、協力してあなたの治療を継続してゆくための診療計画表のことです。

この「連携パス」には定期検診の予定と、その時必要な観察項目が書かれており、受診の都度、医療機関で結果が記入されます。

毎回記載されたデータを以後の診察医が参照する事により、患者さんの状態やその経過が一目で分かり、検査を必要な時期に実施し、効率の良い診察を行う事ができます。また1年に数回の専門医受診以外は、お近くのかかりつけ医へ通っていただきますので、通院所用時間の短縮が得られます。

ご自身も体の状態や診療の計画を理解し易く、かかりつけ医のもとで十分に専門医と連携のとれた診療を継続し、安心して日常生活を送ることが出来ます。



医師の役割分担について

1. かかりつけ医の役割

地域のかかりつけ医が従来の疾患の診療と並行して、がんの診療も一部担当します。

たとえば、

- 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
- 2) 定期的なお薬の処方
- 3) 痛みや吐き気など不都合な症状が出現したときの診察や治療
- 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療

などをかかりつけ医の先生が行います。



2. 専門医の役割

年に何回か病院を受診していただき、精密検査や診察を行います。精密検査は血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査などです。

検査結果は「診療手帳」に記載しますので、次回診察の時かかりつけ医に伝えます。

また、体調異常や病状変化が生じた時には、かかりつけ医の判断で随時、病院の主治医に診察が依頼されます。



日常生活の注意点

1. 安静と運動

過労にならないよう注意が必要ですが、過度に安静にする必要はありません。適度な運動をお勧めします。

適度な運動として、1日30分程度の散歩はいかがでしょうか。毎日続けることが大切です。



2. 食事

胃が小さくなったため胃もたれ・つかえ・吐き気・ゲップなどの症状が起こることがあります。

対処法として

①1回分の食事量を減らしましょう

②少しずつよく噛んで食べましょう

逆流性食道炎といって食後、就寝時や明け方に胸やけや酸っぱいものが上がってくるがあります。

対処法として

①食べすぎず、腹8分目とし食後は上半身を起こしたほうが良いでしょう

②寝る前に食べるのはやめましょう

③油っぽいものは控えましょう



《ダンピング症候群》

食事中あるいは食後30分くらいの間に、めまい・冷や汗・頭痛・胸がドキドキする・脱力感・お腹がグルグルする・下痢・吐き気などの症状が起こることがあります。(早期)

対処法は

- ①横になって休みましょう
- ②固形物を先に取りのこしましょう
- ③なるべく水分は控えめにしましょう
- ④ゆっくり時間をかけて食べましょう



食後2～3時間後に、冷や汗・脱力感・ふるえ・めまいが起こることがあります。(後期)

対処法は

- ①横になってやすみましょう
- ②甘いものをすぐに口にしましょう(ジュースやあめなど)
- ③外出時もあめなどを持っていきましょう



3. アルコール

アルコール禁止の方がいます。主治医の先生に飲酒可能かどうか確認して下さい。



4. 風呂

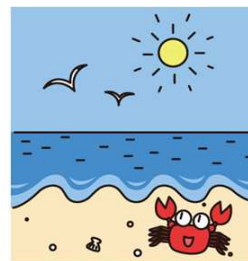
シャワーに比べお風呂に入るには体力を要します。体調が悪い時は、熱い風呂、長風呂は避けて下さい。食後1時間は入浴を避けて下さい。



5. 旅行

旅行は気分転換に最適です。出かける時は無理のないスケジュールで、ご心配があれば主治医に尋ねて下さい。

また健康保険証やこの「診療手帳」を携行して下さい。急に体調が悪くなった時に、あなたの情報が駆け込んだ医療施設へ正確に伝わります。必要があれば主治医に連絡できるよう連絡先も記入されています。



退院後の診療とがん診療地域連携クリニックカルパスについて（説明・同意書）

当院では、わかりやすく安全で質の高い医療を目指し、「がん診療地域連携クリニックカルパス（以下地域連携パス）」を用いて地域のかかりつけ医と連携して診療を行っています。地域連携パスでは病気の経過を予測し、患者さんごとに最も良い診療となるように計画を立てます。内容をご本人ご家族に納得していただいたうえで主治医・かかりつけ医・看護師・薬剤師などが協力し、チーム医療として診療にあたります。地域連携パスは状態に応じその都度、患者さんと医療者が共同で利用するようになっていきます。

目的

私たちは、地域連携パスを用いて、病院の専門医である主治医と地域の病院・診療所のかかりつけ医が、同じ治療方針にもとづき安全で質の高い医療を提供できる体制作りを考えています。この診療連携では、患者さんを中心に医師・看護師・薬剤師など、関係するすべての医療者が、治療方針や検査結果を共有しながら、診療のためのネットワークの中で協力します。

方法

受診の都度に携行していただく「診療手帳（A5フォーマット）」を利用します。病院の主治医が、退院後の治療計画をご本人ご家族と相談決定し、連携医や関連機関を含めた診療連携パスを策定します。地域の病院、診療所のかかりつけ医が投薬と日常の健康管理などを担当し、当院が節目の診察・検査を行います。病状が変わった時や、副作用が強い時などに備え、夜間や休日でも安心して過ごしていただけるような連携の体制を作ります。

期待されること

診療連携パスを用いると、病院の主治医とかかりつけ医のほか、薬局や訪問看護ステーションなどの関連機関が、同じ情報に基づいてかかわることが可能となります。また、異常の早期発見やきめ細かな対応が望めます。さらには、検査の重複や必要な検査の脱落を防ぐ効果もあり、病院や診療所の混雑が緩和されるでしょう。余裕ができればご本人ご家族のお話をもっとゆっくりうかがえるようになります。

同意と撤回と自由

私たちは、この診療連携が患者さん本人の診療の方針に沿っており、療養生活に合っているかどうかを吟味し、使用する方が良いと考えた場合にお勧めします。医療スタッフがご本人ご家族と、十分に相談しながら運用を進めます。途中での、お申し出による中止はいつでも可能です。

費用負担

この連携診療のために生ずる、保険診療以外の特別な費用のご負担はありません。ご不明な点やご心配があれば、いつでもお尋ね下さい。

このたび、診療連携クリニックカルパスの利用について、目的・方法・期待されること・同意と撤回の自由、費用負担等につき十分な説明を担当医から受け、よく理解しました。地域連携クリニックカルパスの利用について同意します。

平成 年 月 日 患者氏名

説明・同意確認医

病院 科 医師

説明補助者（職種） 氏名

医療者役割分担表

機能	専門的ながん診療	かかりつけ医	保険調剤
診断	<ul style="list-style-type: none"> ・確定診断、精密（ステージ）診断 ・再発の有無 ・合併症の診断 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期診断、再発時の診断 ・精査の必要性診断 	
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・精密検査（画像、血液検査） ・内視鏡検査 ・経過観察として（画像、血液検査） 	<ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニング検査 ・経過観察として検査 	
治療 （投薬）	<ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡手術、縮小手術、定型手術、 拡大手術 ・（術前・術後）化学療法、 術後症状コントロール ・術後補助化学療法の継続 ・調剤 ・放射線療法 ・臨床試験 ・症状緩和治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・術後症状コントロール ・術後補助化学療法の継続 （専門施設と連携） ・症状緩和治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤
経過観察、 対応、ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・定期観察 ・副作用、合併症の対応 <p>（かかりつけ医と連携）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活指導・管理 ・副作用、合併症の対応 <p>（専門施設と連携）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬指導確認 ・他の服薬確認

連携目的	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 支持療法 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> その他()
------	---

入院時情報	入院日	平成 年 月 日	既往歴
	診断日	平成 年 月 日	
	併発疾患		合併症

病理	診断	平成 年 月 日	試料	<input type="checkbox"/> 細胞() <input type="checkbox"/> 組織()	
	TNM	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P	T N M	病期	
手術	<input type="checkbox"/> あり	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 手術なし		
	術式	-----	郭清	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
放射線療法		<input type="checkbox"/> あり(Gy:部位) <input type="checkbox"/> なし (期間)平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
入院中の経過	プロトコール名	コース数	薬剤名	総投与量	支持療法
	開始日	年 月 日			
	最終投与日	年 月 日			
	開始日	年 月 日			
	最終投与日	年 月 日			

外来に継続する治療	<input type="checkbox"/> あり() 開始:平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし

退院時情報	退院日	平成 年 月 日	体重	kg	
	臓器機能障害	肝臓	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	消化器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
		腎臓	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	呼吸器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
		心臓	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
	病状・症状	PS	<input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	消化器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
		疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	呼吸器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
		栄養	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	不眠・不安	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		意識	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 傾眠	胸・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		認知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ()
	腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> CEA() <input type="checkbox"/> CA19-9()	<input type="checkbox"/> マーカー陰性	
		<input type="checkbox"/> AFP() <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()			
今後の治療と経過観察の要点					
					

処方状況	
処方(あり・なし)	臨時処方
<input type="checkbox"/> 処方あり <input type="checkbox"/> 処方なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
「お薬手帳」確認	

急変時指示 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 指示あり <input type="checkbox"/> 指示なし
「緊急時対応メモ」確認

医療福祉・生活環境に関して	介護保険申請	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済(要介護・要支援)
	福祉医療受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	介護保険サービス利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	身体障害者受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (級、障害の種類:)

目標: QOLが維持できている
 : 再発を早期に発見する
 : 後遺症が管理できている

通院頻度	
かかりつけ医(診)	1～3ヶ月に1回
専門医(HP)	6ヶ月～1年に1回

		HP	診	HP	診	HP	診	HP	診	HP	診	HP	診	HP	診	HP	診	HP	診	HP	診	
		退院時 年月日	1ヶ月毎 診療	6ヶ月 年月日	1ヶ月毎 診療	1年後 年月日	1ヶ月毎 診療	1年6ヶ月 年月日	1ヶ月毎 診療	2年後 年月日	1ヶ月毎 診療	2年6ヶ月 年月日	1ヶ月毎 診療	3年後 年月日	1ヶ月毎 診療	3年6か月 年月日	1ヶ月毎 診療	4年後 年月日	1ヶ月毎 診療	4年6か月 年月日	1ヶ月毎 診療	5年後 年月日
診療	全身状態	●	●	●	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
	問診	●	●	●	●	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○
検査	血液学的検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	生化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
	画像検査			○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
	内視鏡					○				○				○				○				○
投薬	化学療法薬																					
	緩和療法薬																					
指導																						

●:実施することが望ましい ○:必要に応じて実施

目標: QOLが維持できている
 : 再発を早期に発見する
 : 後遺症が管理できている

通院頻度	
かかりつけ医	1～3ヶ月に1回
専門医	6ヶ月～1年に1回

		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
		退院時		1ヶ月後		2ヶ月後		3ヶ月後		4ヶ月後		5ヶ月後		6ヶ月後	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
目標	再発がないまたは早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	いいえの場合(病院)に連絡														
	合併症が管理できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察 自他覚症状と 判断基準	問診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事が摂取できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A・B・C
	体重が維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg
	便通が良好である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D・E
	その他症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査	画像診断で再発が認められない													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内視鏡検査で異常所見が見られない													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー:CEA,CA19-9に異常がない													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	()に異常がない													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携・連絡	治療スケジュール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
教育・指導	患者パス説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
指導	日常生活指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ns サイン															
Dr サイン															

* A:まあまあ食べられている B:あまり食べられていない C:全く食べられていない D:便秘である E:下痢をしている

連携パス記入表 術後長期A【7ヶ月～1年】

G

目標: QOLが維持できている
 : 再発を早期に発見する
 : 後遺症が管理できている

通院頻度	
かかりつけ医	1～3ヶ月に1回
専門医	6ヶ月～1年に1回

		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		7ヶ月後		8ヶ月後		9ヶ月後		10ヶ月後		11ヶ月後		1年後	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
目標	再発がないまたは早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	いいえの場合(病院)に連絡												
	合併症が管理できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察 自他覚症状と 判断基準	問診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事が摂取できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C
	体重が維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg
	便通が良好である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E
	その他症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査	画像診断で再発が認められない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内視鏡検査で異常所見が見られない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー:CEA,CA19-9に異常がない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	()に異常がない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携・連絡	治療スケジュール												
教育・指導	患者パス説明												
指導	日常生活指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服薬指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ns サイン													
Dr サイン													

* A:まあまあ食べられている B:あまり食べられていない C:全く食べられていない D:便秘である E:下痢をしている

目標: QOLが維持できている
 : 再発を早期に発見する
 : 後遺症が管理できている

通院頻度	
かかりつけ医	1～3ヶ月に1回
専門医	6ヶ月～1年に1回

		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		1年1カ月		1年2カ月		1年3カ月		1年4カ月		1年5カ月		1年6カ月	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
目標	再発がないまたは早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	いいえの場合(病院)に連絡												
	合併症が管理できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察	問診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自他覚症状と	食事が摂取できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
判断基準	体重が維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg
	便通が良好である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E
	その他症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査	画像診断で再発が認められない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内視鏡検査で異常所見が見られない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー:CEA,CA19-9に異常がない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	()に異常がない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携・連絡	治療スケジュール												
教育・指導	患者パス説明												
指導	日常生活指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服薬指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ns サイン													
Dr サイン													

* A:まあまあ食べられている B:あまり食べられていない C:全く食べれていない D:便秘である E:下痢をしている

連携パス記入表 術後長期A【1.5年～2年】

G

目標: QOLが維持できている
: 再発を早期に発見する
: 後遺症が管理できている

通院頻度	
かかりつけ医	1～3ヶ月に1回
専門医	6ヶ月～1年に1回

		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		1年7ヶ月後		1年8ヶ月後		1年9ヶ月後		1年10ヶ月後		1年11ヶ月後		2年後	
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
目標	再発がないまたは早期に発見できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	いいえの場合(病院)に連絡												
	合併症が管理できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察	問診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自他覚症状と	食事が摂取できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A・B・C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
判断基準	体重が維持できている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kg
	便通が良好である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D・E
	その他症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査	画像診断で再発が認められない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内視鏡検査で異常所見が見られない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー:CEA,CA19-9に異常がない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	()に異常がない											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携・連絡	治療スケジュール												
教育・指導	患者パス説明												
指導	日常生活指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服薬指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	栄養指導					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ns サイン													
Dr サイン													

* A:まあまあ食べられている B:あまり食べられていない C:全く食べられていない D:便秘である E:下痢をしている

診療における特記事項

年月日	年	月	日	年月日	年	月	日	年月日	年	月	日
記入者サイン				記入者サイン				記入者サイン			
年月日	年	月	日	年月日	年	月	日	年月日	年	月	日

看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、ヘルパー他からのメッセージ

2019年 7月1日	(例) 寝る前にたべるのは控えて下さい	記入者名					
		確認者氏名					

次回診療時に医療者へ伝えたいメッセージ

2019年 7月1日	(例) 3日前から食欲がないようです。	記入者名					
		確認者氏名					

診察の自己記録

ご自身で診療経過を記入しておきましょう

日付	記 録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

-12-1-

日付	記 録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

-12-2-

病院の各部署・担当等のご案内

1. 相談支援センター

当センターは、専任の看護師、医療ソーシャルワーカーが担当し、患者さんやご家族のほか地域に住む方々が、治療内容について知りたい・今後の治療や療養生活のことが心配、など、がんの治療にかかわる質問や相談等をお受けしております。

直接、面談にてお話をうかがう方法と、電話にてお話をうかがう方法があり、必要に応じて院内の医師、薬剤師、栄養士も支援に当たっております。なお、相談は無料となっております。秘密は厳守しますので安心してご利用ください。

開設時間：午前9:00～午後5:00
(月曜から金曜日まで、休日・年末年始を除く)
電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇(内)

2. 医療相談窓口

この窓口では治療や検査を受ける時の所要医療費や、利用できる医療福祉サービスに関する相談について医療ソーシャルワーカーが担当します。



3. 地域医療連携室

地域医療連携室は、地域医療機関の先生方と当院医師とのスムーズな連絡・連携を図る窓口としての役割を果たしています。医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。実際の運用は当院医師あるいは地域医療機関の先生方からの連絡を受けて作業が進められます。

4. 外来化学療法室

くつろげる雰囲気の中、主治医とともに専門の医師・看護師・薬剤師が担当することで、通院での化学療法が受けられるようになっています。

家庭生活やある程度の職場での仕事を続けることができ、治療中に困った症状や不安があればいつでも相談して下さい。



5. 緩和ケア外来・看護外来

病気の告知後や手術前後で心理的な不安を抱える患者さん・家族に対し、医師と連携して専門看護師や認定看護師等が相談にあたっています。また、化学療法に関する相談、リンパ浮腫を予防するためのリンパドレナージ等も行っています。痛みや息苦しさ、倦怠感などの身体的症状や不安などの精神的症状が緩和できるよう、外来通院中の患者さんに対して「緩和ケア外来」を設けています。

6. 再診予約変更センター

再診予約変更センターでは、予約日の〇日前までの午前〇時から午後〇時までの間に予約の取り消しや変更を電話で承ります。なお、検査によっては予約の変更はできませんので、その際はご協力をお願いいたします。

電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇(内)



〇〇〇〇〇〇病院
富山県がん診療連携協議会