



もくじ

診療手帳とやま H 地域連携パス



〇〇〇〇〇病院



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



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。

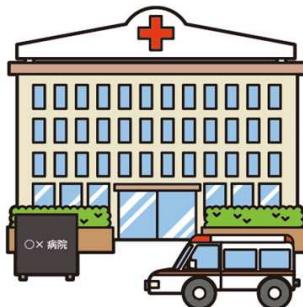


2. 専門医の役割

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わります。

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隨時、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

特に安静にする必要はありません。退院後は1日30分程度の散歩などで気分転換を図りながら体調に合わせ、徐々に体への負担を増やすようにしてください。過度にならない程度で継続することが大切です。



2. 食事

脂肪や刺激物をとりすぎないよう注意しましょう。タンパク質は動物性だけでなく、大豆・豆腐・豆乳など植物性のものでも摂取が可能です。どんなものでもバランスよく食べることが大切です。

サプリメントが多数市販されていますが、必ずしも必要なものでなく、どうしても使用したい時は主治医・連携医に一度ご相談ください。



3. アルコール

アルコールは原則禁止です。
主治医の先生にお尋ね下さい。

喫煙はどなた人にとっても害となり、
受動喫煙を含めその機会がないように
お過ごしください。



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。食事直後の1時間や、
熱いお湯、長いお風呂は避けて下さい。



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。



体調不良時の緊急対応メモ

症状と対応

例) 吐き気が強くなったら	・1日に2食摂れないときは、専門医受診 ・「吐き気時」の薬を飲んで効果がなければ連絡

退院後の診療とがん診療地域連携クリティカルパスについて（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ティカルパス（以下地域連携バス）」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。地域連携バ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。地域連携バ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ます。

目的

私たちは、地域連携バスを用いて、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くだけ、「診療手帳（A5ファイル）」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バスを策定します。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

診療連携バスを用いると、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ます。病院や診療所の混雑が緩和されるでしょう。余裕ができる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、診療連携クリティカルバスの利用について、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。
地域連携クリティカルバ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 _____

説明補助者（職種） _____ 氏名 _____

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"> ・肝癌の診断、再発の有無 ・背景肝病変の診断 ・合併症の診断 	<ul style="list-style-type: none"> ・肝癌再発の有無(腫瘍マーカー) ・肝不全の有無の確認 ・黄疸・腹水・脳症・浮腫など 	
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・画像検査 ・US（造影）・CT・MRI ・内視鏡検査 ・血液検査 ・血算・PT・肝機能・(アンモニア) ・腫瘍マーカー(AFP, PIVKA) ・ウイルスなど 	<ul style="list-style-type: none"> ・血液検査 ・血算・PT・肝機能・(アンモニア) ・腫瘍マーカー(AFP, PIVKA) 	
治療	<ul style="list-style-type: none"> ・肝癌の治療 ・ラジオ波、エタノール局注、TAE ・外科的切除、肝動注など ・発癌阻止治療の方針決定 ・IFN・瀉血・強ミノ・UDCAなど ・合併症の治療の方針決定 ・利尿剤、BCAAなど 		
経過観察、対応、ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・肝癌再発の有無 ・肝不全の有無 ・合併症出現の有無 ・発癌阻止治療の効果の評価及び副作用の指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・肝癌再発の有無 ・肝不全の有無 ・合併症出現の有無 ・発癌阻止治療の効果の評価及び副作用の指導 ・治療副作用の早期発見 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬指導確認 ・他の服薬確認

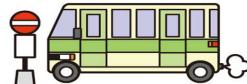
診療情報共有書 ①

H

連携目的	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 支持療法 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
------	---

入院 情 報	入院日	平成 年 月 日	既往歴	
	診断日	平成 年 月 日		
	退院日	平成 年 月 日		

診 断	<input type="checkbox"/> 肝臓癌 stage <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV A <input type="checkbox"/> IV B 病因 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 Child-Pugh分類 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 食道静脈瘤 L() F() C() RC() Lg()
	<input type="checkbox"/> DM
	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> ラジオ波 <input type="checkbox"/> エタノール局注 <input type="checkbox"/> 肝動脈塞栓 <input type="checkbox"/> 肝動注 <input type="checkbox"/> 肝硬変
	<input type="checkbox"/> 肝切除 (病理：)
	それ以外の特記すべき治療経過 <div style="border: 1px solid blue; height: 100px; width: 100%;"></div>
	腫瘍マーカー AFP(前 ,後) PIVKA-II(前 ,後)
	入院後治療



診療情報共有書 ②

H

○外来にて継続する治療

- 抗ウイルス治療 (IFN 核酸アナログ その他)
- 肝庇護治療 (ウルソ 強ミノ その他)
- 利尿剤
- リーバクト
- 高アンモニア血漿治療薬 (薬剤名：)

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

○今後の観察項目

- 肝癌再発の有無 (AFP PIVKA-II 画像)
 - 肝不全の有無 その他
- 特に注意を要するものがあれば記入
-

急変時指示 あり なし

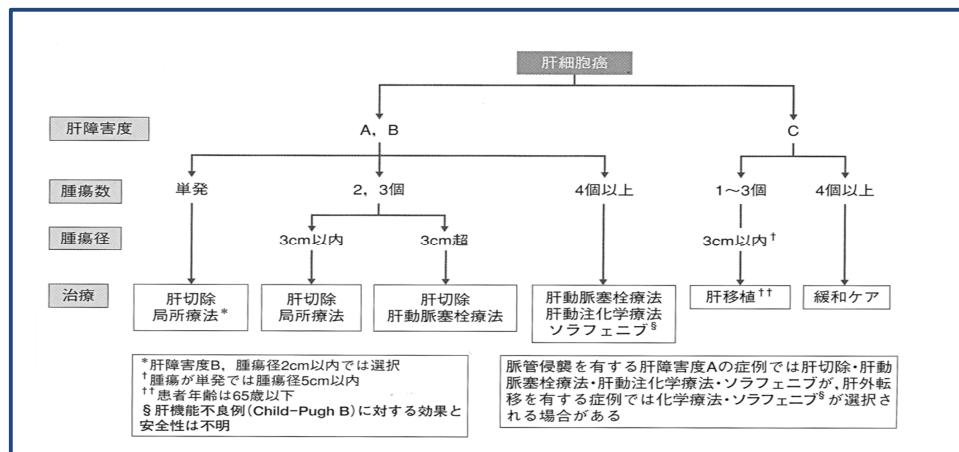
介護保険申請	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済(要介護 ・ 要支援)
医療福祉・生活環境について	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
福祉医療受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
介護保険サービス利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし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

Child-Pugh分類			
Class A: 5-6、Class B: 7-9、Class C: 10-15			
点数	1点	2点	3点
ビリルビン	～2	2～3	3～
アルブミン	3.5～	3.5～2.8	～2.8
PT(%)	80～	50～80	～50
腹水	なし	コントロール可	コントロール不良
昏睡度	なし	軽度I-II	重症III-IV

肝癌病期分類

因子 Stage	T因子	N因子	M因子	
Stage I	T1	N0	M0	
Stage II	T2	N0	M0	
Stage III	T3	N0	M0	
Stage IV A	T4	N0	M0	
	T1, T2, T3, T4, T1, T2, T3, T4,	N1	M0	
Stage IV B		N0, N1	M1	

肝癌治療アルゴリズム



「肝癌診療ガイドラインおよびソラフェニブの位置付け】(肝癌診療ガイドライン2009年版より改変)

共同診療計画表/連携パス記入表

H

目標:

- 肝癌の再発及び新規発癌の有無を評価できている
- 肝不全の診断と治療ができている

施設名	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	
時期	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
予定検査	<input checked="" type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能	<input type="checkbox"/> □血算・PT・肝機能
	<input checked="" type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II	<input type="checkbox"/> □AFP・PIVKA II
	<input checked="" type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃	<input type="checkbox"/> □NH ₃
	<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"/>
画像検査	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> □US□CT□MRI		<input type="checkbox"/> □US□CT□MRI		<input type="checkbox"/> □US□CT□MRI		<input type="checkbox"/> □US□CT□MRI		<input type="checkbox"/> □US□CT□MRI	
評価結果	診察	<input checked="" type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	<input type="checkbox"/> □下腿浮腫	
	実施項目にチェック	<input checked="" type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	<input type="checkbox"/> □腹水	
	異常あれば、○で閉む	<input checked="" type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	<input type="checkbox"/> □黄疸	
		<input checked="" type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	<input type="checkbox"/> □脳症	
	採血結果	<input checked="" type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	<input type="checkbox"/> □T.Bil	
	実施項目にチェック	<input checked="" type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	<input type="checkbox"/> □Alb	
		<input checked="" type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	<input type="checkbox"/> □ALT	
		<input checked="" type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	<input type="checkbox"/> □AST	
		<input checked="" type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	<input type="checkbox"/> □血小板	
		<input checked="" type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	<input type="checkbox"/> □PT	
	<input checked="" type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP	<input type="checkbox"/> □AFP		
	<input checked="" type="checkbox"/> □PIVKA II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II	<input checked="" type="checkbox"/> C -8- A II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II	<input type="checkbox"/> □PIVKA II		
画像結果	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 再発 □有り□無し		<input type="checkbox"/> 再発 □有り□無し		<input type="checkbox"/> 再発 □有り□無し		<input type="checkbox"/> 再発 □有り□無し		
治療	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	
	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	
連絡事項												

指導 日常生活指導 薬指導 栄養指導 をお願いします。

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					
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

2010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

2010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
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

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

日付	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

日付	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

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、面談でお話をうかがう方法と、電話で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、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：〇〇〇-〇〇〇一〇〇〇〇(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：〇〇〇-〇〇〇一〇〇〇〇(内)



〇〇〇〇〇〇病院
富山県がん診療連携協議会