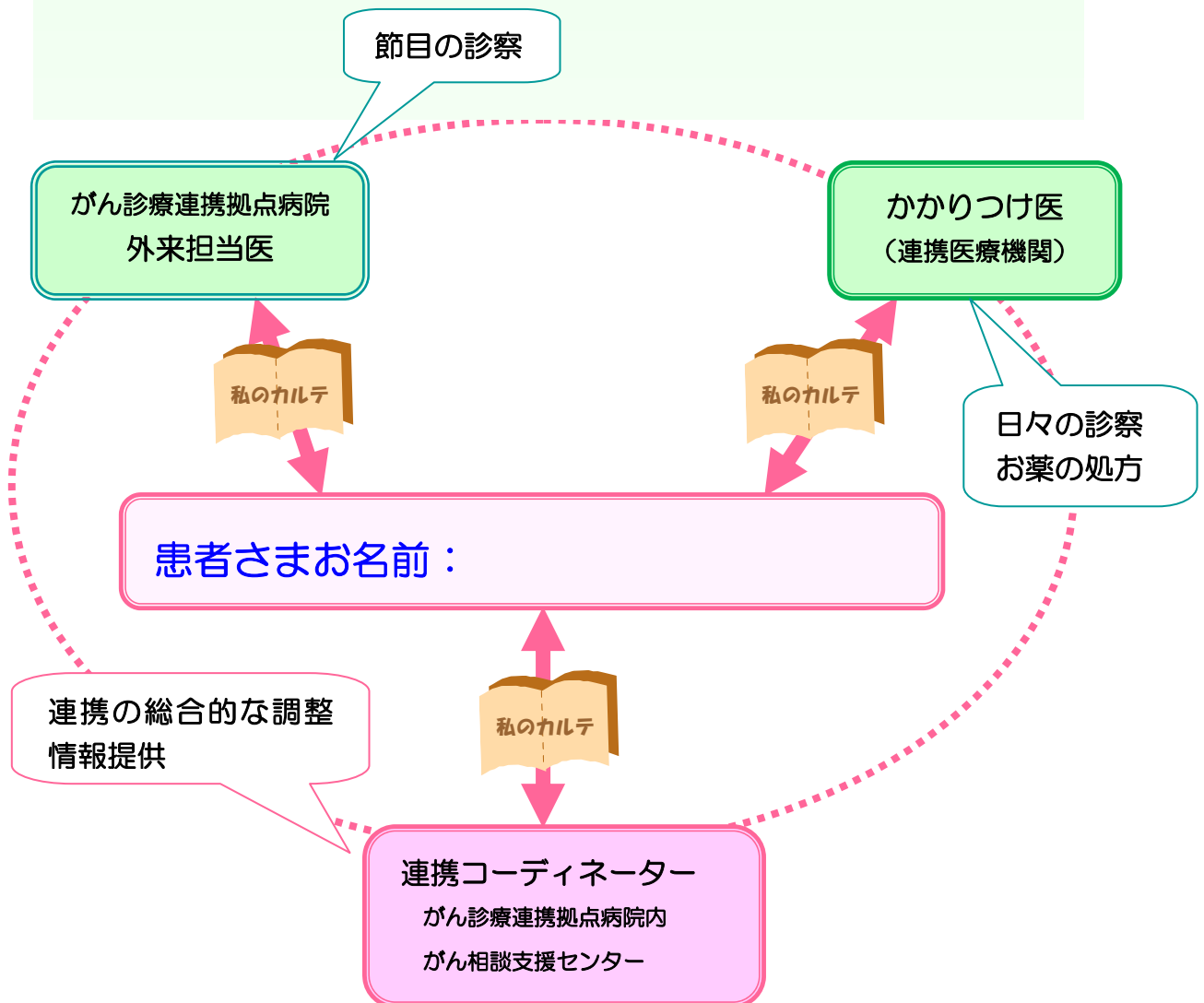


私のカルテ

SPR ver. 1.1 (2011)



「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、

ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 共同診療計画書
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

【連携先医療機関（かかりつけ医）】

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】

病院名：

診療科と担当医師：

住 所：

電話番号：（病院代表）

：（夜間休日）

：（がん相談支援センター）

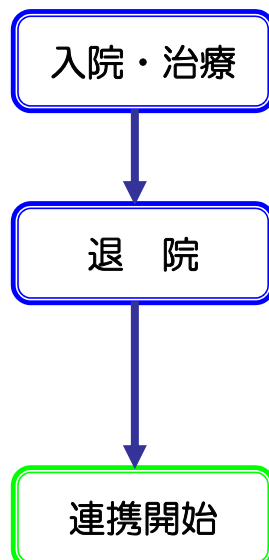
「地域連携クリティカルパスについて」

北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。
- 「連携パス」に基づいて主治医が複数になり、協力して診療を行います。

地域医療連携フローチャート



入院中に今後の医療連携についてご相談します

●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

わたしの診療情報 (担当医師が記入します)

生年月日 大正・昭和 年 月 日

身体情報 身長 cm、体重 kg、対表面積 m²
(連携パス開始時)

【手術情報】

手術日 : 平成 年 月 日

手術時年齢 : 歳

手術内容 : 右上葉切除 左上葉切除
: 右中葉切除 左下葉切除
: 右中下葉切除
: 右下葉切除 ()
: 区域切除 ()
: 楔状部分切除 ()

特記事項

【病理所見】

組織型 : 腺癌
: 扁平上皮癌
: 大細胞癌
: その他 ()

腫瘍径 _____cm

病理病期 T N M stage IA / IB / IIA / IIB / IIIA

特記事項

【その他の診療情報】 (既往歴・併存疾患治療情報など)

共同診療計画書 肺がん術後UFT内服パス(1～6ヵ月)

がん拠点病院： _____

お名前 _____ 様

かかりつけ医： _____

診療施設	がん拠点病院	がん拠点病院	かかりつけ医	がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	／ 内服前	／ 1ヵ月目	／ 2ヵ月目	／ 3ヵ月目	／ 4ヵ月目	／ 5ヵ月目	／ 6ヵ月目
達成目標	<ul style="list-style-type: none"> UFT内服の必要性を理解する UFTの副作用の説明を受けた 		・安全に内服できる	・再発がない	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
治療・薬剤	<ul style="list-style-type: none"> 投与量 (体表面積) $\geq 1.30\text{m}^2 \rightarrow 400\text{mg}2\text{x}$ $< 1.30\text{m}^2 \rightarrow 300\text{mg}3\text{x}$ 服用開始 年 月 日 	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査 ＊有意な腫瘍マーカー()	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
活動・安静度	制限ありません						
口内炎		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
吐き気		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
食欲低下		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
皮膚の異常		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> UFTの説明 <input type="checkbox"/> 薬剤師からのUFTの説明 <input type="checkbox"/> 薬剤師による併用薬の確認 <input type="checkbox"/> 治療同意書		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <small>・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡</small>		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <small>・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡</small>	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 <small>・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡</small>	

共同診療計画書

肺がん術後UFT内服パス(7~12ヵ月)

がん拠点病院：

お名前 _____ 様

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
受診日	/ 7ヵ月目	/ 8ヵ月目	/ 9ヵ月目	/ 10ヵ月目	/ 11ヵ月目	/ 12ヵ月目
達成目標	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
治療・薬剤	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー()	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
活動・安静度	制限ありません					
口内炎	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
吐き気	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
皮膚の異常	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
倦怠感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	

