

「私のカルテ」を使って  
あなたのことを地域の医療者にお伝えください

医療機関・保険薬局に持参し必ず提示しましょう！



#### 専門医の役割

年に何回かの診察は、専門病院の専門医が担当します。

- 1) 専門医の診察
- 2) 精密検査  
(血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など)

#### かかりつけ医の役割

日頃の診察は、地域のかかりつけ医の先生が担当します。

- 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) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
- 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療 などをおかかりつけ医の先生が行います。

検査結果は「私のカルテ」内に記載して共有します。また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に専門病院で診察を行うこともあります。

## がん診療連携パス

「がん診療連携パス（連携パス）」とは  
地域のかかりつけ医と病院の医師が、あなたの診療経過を共有できる診療計画表のことです。

「連携パス」を活用して、あなたを中心にかかりつけ医と病院医師が情報交換を行い、よりよい医療と安全を提供します。

この「連携パス」を利用し、かかりつけ医をもつことで、診察の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減にもなります。

さらに、患者さんご自身が診療計画や病気を理解した上で治療の目標を管理することができ、かかりつけ医のもとで、手厚い診療を受けることが出来るようになります。

あなたも「連携パス」を活用して専門病院と近くの病院・診療所の2人の主治医に診てもらいましょう。











かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	手術・治療より ( )ヶ月	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="text"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="text"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自他覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。



かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自己覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

拠点病院への紹介基準: □食事が入らないとき □腫瘍マーカー上昇時 □その他の検査の異常

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

アウトカム \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後	□HP/□CL ( )ヶ月後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている					
再発の有無・早期発見					
後遺症が管理できている					
自己覚症状と判断基準					
体重(kg) <input type="checkbox"/> 内に記入					
内診(しこり、痛み、出血)					
直腸診(しこり、痛み)					
全身倦怠感					
食欲不振					
帯下の増加					
不正性器出血					
腹部膨満感					
下肢のむくみ					
月経異常(妊孕性温存症例)					
検査と判断基準					
血算( )					
生化学検査( )					
腫瘍マーカー( )					
画像診断( )	<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
細胞診検査( )	<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
その他の検査( )	<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
投薬					
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導					
生活指導					
内服確認					
副作用説明					
診察時の異常	<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
Drサイン					
Nsサイン					

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

婦人科がん術後内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時( )処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000( )皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

婦人科がん術後内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時( )処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000( )皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時 ( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時 ( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

婦人科がん内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時( ) 処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

婦人科がん内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時( ) 処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

**【最終目標】 化学療法が問題なく行える**

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 ( ) 処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( ) 週投( ) 週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

**【最終目標】 化学療法が問題なく行える**

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時 ( ) 処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自他覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( ) 週投( ) 週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名: 専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	1コース			2コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名: 専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	3コース			4コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	5コース			6コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<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
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。



化学療法における有害事象

紹介基準・Grade2以上で拠点病院紹介

Grade	1	2	3	4
全身倦怠感	だるさ、または元気がない	だるさ、または元気がない;身の回り以外の日常生活動作の制限	—	—
悪心	摂食習慣に影響のない食欲低下	顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	カロリーや水分の経口摂取が不十分;経管栄養/TPN/入院を要する	—
嘔吐	24時間に1-2エピソードの嘔吐(5分以上間隔が開いたものそれぞれ1エピソードとする)	24時間に3-5エピソードの嘔吐(5分以上間隔が開いたものそれぞれ1エピソードとする)	24時間に6エピソード以上の嘔吐(5分以上間隔があいたものそれぞれ1エピソードとする);TPNまたは入院を要す	生命を脅かす;緊急処置を要す
食欲不振	食生活の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂取量の変化;経口栄養剤による補充を要する	顕著な体重減少または栄養失調を伴う(例:カロリーや水分の経口摂取が不十分);静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する	生命を脅かす;緊急処置を要す
口内炎	症状がない、または軽度の症状がある;治療を要さない	中等度の疼痛;経口摂取に支障がない;食事の変更を要する	高度の疼痛;経口摂取に支障がある	生命を脅かす;緊急処置を要す
皮疹	虹彩様皮疹が体表面積の<10%を占め、皮膚の圧痛を伴わない	虹彩様皮疹が体表面積の10-30%を占め、皮膚の圧痛を伴う	虹彩様皮疹が体表面積の>30%を占め、口腔内や陰部のびらんを伴う	虹彩様皮疹が体表面積の>30%を占め、水分バランスの異常または電解質異常を伴う;ICUや熱傷治療ユニットでの処置を要する
下痢	ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加	ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が中等度増加	ベースラインと比べて7回/日以上排便回数増加;便失禁;入院を要する;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が高度増加;身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす;緊急処置を要す

化学療法における有害事象

紹介基準・Grade2以上で拠点病院紹介

Grade	1	2	3	4
WBC	<LLN-3000/mm <sup>3</sup> ; <LLN-3.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<3000-2000/mm <sup>3</sup> ; <3.0-2.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<2000-1000/mm <sup>3</sup> ; <2.0-1.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<1000/mm <sup>3</sup> ; <1.0 × 10 <sup>9</sup> /L
好中球	<LLN-1500/mm <sup>3</sup> ; <LLN-1.5 × 10 <sup>9</sup> /L	<1500-1000/mm <sup>3</sup> ; <1.5-1.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<1000-500/mm <sup>3</sup> ; <1.0-0.5 × 10 <sup>9</sup> /L	<500/mm <sup>3</sup> ; <0.5 × 10 <sup>9</sup> /L
Plts	<LLN-75,000/mm <sup>3</sup> ; <LLN-75.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<75,000-50,000/mm <sup>3</sup> ; <75.0-50.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<50,000-25,000/mm <sup>3</sup> ; <50.0-25.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<25,000/mm <sup>3</sup> ; <25.0 × 10 <sup>9</sup> /L
Cr	>1-1.5 × ベースライン; >ULN-1.5 × ULN	>1.5-3.0 × ベースライン; >1.5-3.0 × ULN	>3.0 × ベースライン; >3.0-6.0 × ULN	>6.0 × ULN
AST	>ULN-3.0 × ULN	AST>3.0-5.0 × ULNで症状がない; >3 × ULNで以下の症状の悪化を認める: 疲労、嘔気、右上腹部痛、または圧痛、発熱、発疹、好酸球増加	>5.0-20.0 × ULN; >5 × ULNが2週間を超えて持続	>20.0 × ULN
ALT	>ULN-3.0 × ULN	ALT>3.0-5.0 × ULNで症状がない; >3 × ULNで以下の症状の悪化を認める: 疲労、嘔気、右上腹部痛、または圧痛、発熱、発疹、好酸球増加	>5.0-20.0 × ULN; >5 × ULNが2週間を超えて持続	>20.0 × ULN
T-Bil	>ULN-1.5 × ULN	>1.5-3.0 × ULN	>3.0-10.0 × ULN	>10.0 × ULN

体調の日記

平成 年

月	日	/	/	/	備考
---	---	---	---	---	----

【日常生活・その他】

食べた食事の量 (%)			
夜の睡眠時間 (時間)			
排便回数 (回/日)			
排尿回数 (回/日)			
体温 (°C)			

【お体の調子】

体がだるい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
痛みがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
日中に眠気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
吐き気がする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
嘔吐した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
息切れがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
咳・たんがでる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
気持ちが落ち込む	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
夜、眠れない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
薬を飲むのがキツイ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【痛みの程度】

		強い時	弱い時	強い時	弱い時	強い時	弱い時
最も痛い	10						
かなり痛い	8						
痛い	6						
少し痛い	4						
あまり痛くない	2						
痛くない	0						

【決まった時間に使用する痛み止め】

薬剤名は医療関係者が記入

1 薬剤名 ( ) mg	時	時	時	時	時
2 薬剤名 ( ) mg	時	時	時	時	時
3 薬剤名 ( ) mg	時	時	時	時	時

【臨時の痛み止め】

薬剤名 ( )

1回 \_\_\_\_\_

薬剤名 ( )

1回 \_\_\_\_\_

使用した時間に●をつける

記入例

使用した時間に●をつける

確認した医療者

体調の日記

平成 年

月	日	/	/	/	
---	---	---	---	---	--

【日常生活・その他】

食べた食事の量 (%)			
夜の睡眠時間 (時間)			
排便回数 (回/日)			
排尿回数 (回/日)			
体温 (°C)			

【お体の調子】

体がだるい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
痛みがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
日中に眠気がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
吐き気がする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
嘔吐した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
息切れがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
咳・たんがでる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
気持ちが落ち込む	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
夜、眠れない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
薬を飲むのがキツイ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> はい
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【痛みの程度】

		強い時	弱い時	強い時	弱い時	強い時	弱い時
最も痛い	10						
かなり痛い	8						
痛い	6						
少し痛い	4						
あまり痛くない	2						
痛くない	0						

【決まった時間に使用する痛み止め】

薬剤名は医療関係者が記入

1 薬剤名 ( ) mg	時	時	時	時	時
2 薬剤名 ( ) mg	時	時	時	時	時
3 薬剤名 ( ) mg	時	時	時	時	時

【臨時の痛み止め】

薬剤名 ( )

1回 \_\_\_\_\_

薬剤名 ( )

1回 \_\_\_\_\_

使用した時間に●をつける

確認した医療者

# 私のプロフィール

は患者さんが記入する欄です。

よみがな			生年月日	年	月	日
名前						
住所	(〒 - )					
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )					
緊急時の連絡先	1.名前	続柄	自宅:			
			携帯:			
緊急時の連絡先	2.名前	続柄	自宅:			
			携帯:			
かかりつけ医		<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				
専門医		<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				
医療機関名		<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>				
保険薬局		<input type="checkbox"/>				

## 緊急のときは

症状と対応	連絡先
例) 吐き気が強くなったら → 1日に2食とれないときは吐き気止めを飲む、治らなければ受診。	専門医
→	
→	
→	
→	

これまでにかかった病気 (既往歴) 又は治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 精神疾患
医療福祉・生活環境に関して	・介護保険証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 ・サービス利用 <input type="checkbox"/> あり ・利用サービス: ・居宅: 担当: ☎ ・訪問看護: 担当: ☎ ・福祉医療受給: <input type="checkbox"/> あり ・公費医療制度: <input type="checkbox"/> あり ・障害者手帳 級 障害の種類:

## 患者さん・ご家族の想い

記入日: 年 月 日

Q: 大切にしたいことはなんですか?  の中に記入、または  に印をつけましょう。

Q: 病名・症状・治療方針について、どのように説明してもらいたいですか?

<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり説明して欲しい	<input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない	<input type="checkbox"/> 知りたくない	<input type="checkbox"/> 今は決められない
--	--	---------------------------------	-----------------------------------

Q: もし病状が悪化したら、どこで療養したいですか?

<input type="checkbox"/> 往診などをつかって自宅で療養したい	<input type="checkbox"/> 入院したい	<input type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して必要があれば入院したい
--	--------------------------------	---

算定  あり  なし

# 情報共有書(婦人科がん)

カナ

拠点病院:

患者氏名

血液型 型 Rh

生年月日

年齢 性別

G P 閉経

診断:

がんの部位:

初発  再発

病理診断:

( 年 月 日 )

卵巣 (  悪性  境界悪性 )

子宮頸 (  扁平上皮癌  腺癌系 )

子宮体 (  類内膜型  特殊型 )

T ( ) N ( ) M ( ) Stage ( ) Grade ( )

pT ( ) N ( ) M ( ) yT ( ) N ( ) M ( )

血液検査 HBsAg  陽性  陰性  不明 その他 ( )

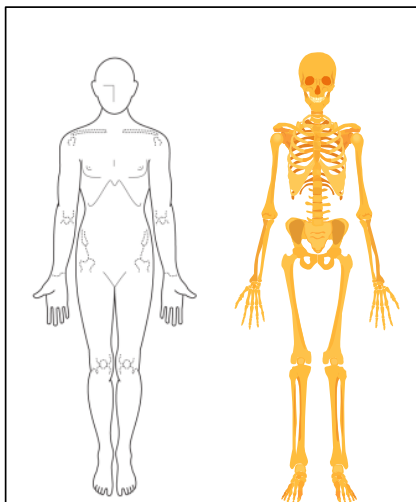
HCVAb  陽性  陰性  不明

腫瘍マーカー \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )

日付: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )

備考

※原発巣・手術部位・残存病変・疼痛部位などを記載



現病歴

手術日	手術術式	手術完遂度	妊孕性温存

治療	内容	期間(開始～終了)

一般的な経過観察の期間

治療後2年まで 1～3ヶ月毎

治療後5年まで 3～6ヶ月毎

治療後5年以降 6～12ヶ月毎

→個々の患者で、リスクに応じて拠点病院で期間を設定してください。

患者への説明内容

年 月 日

施設名 ( ) 記入者 ( )

年 月 日

施設名 ( ) 記入者 ( )

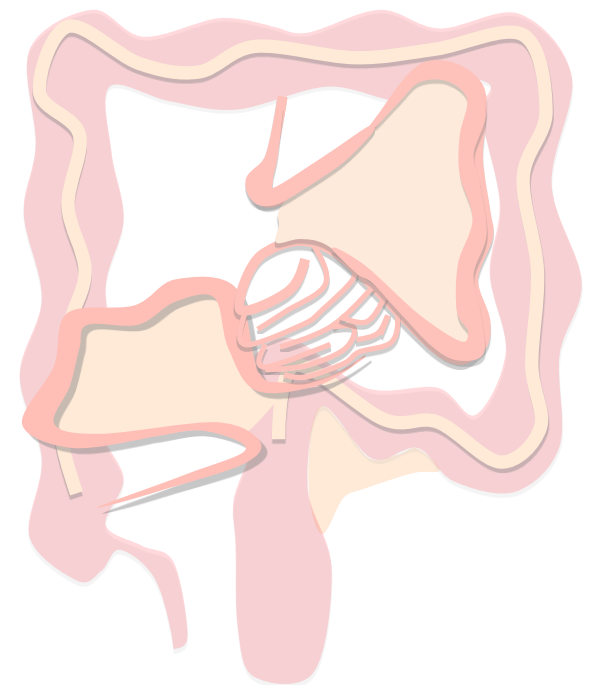
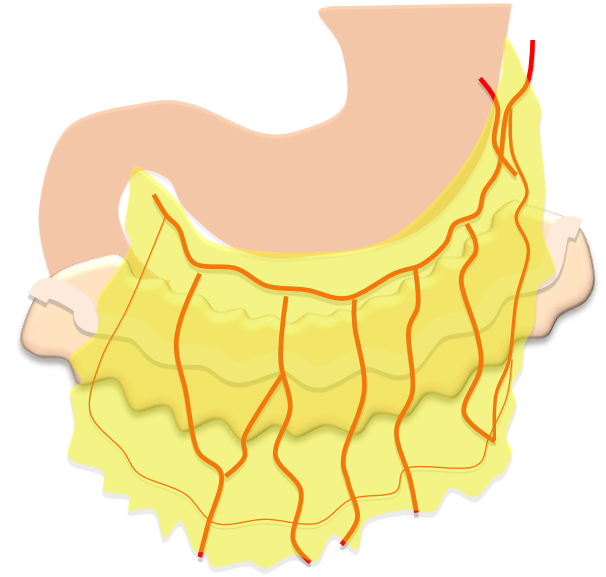
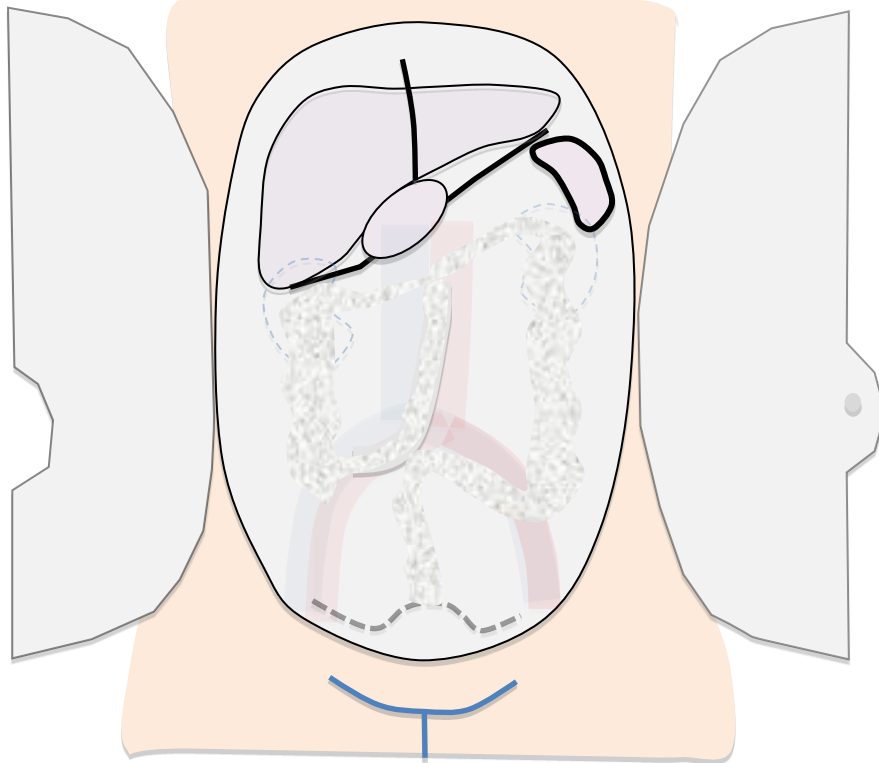
# 診療情報提供書 < 婦人科がんシエーマ >

(手術時の所見・画像診断等での病巣部位等を記入)

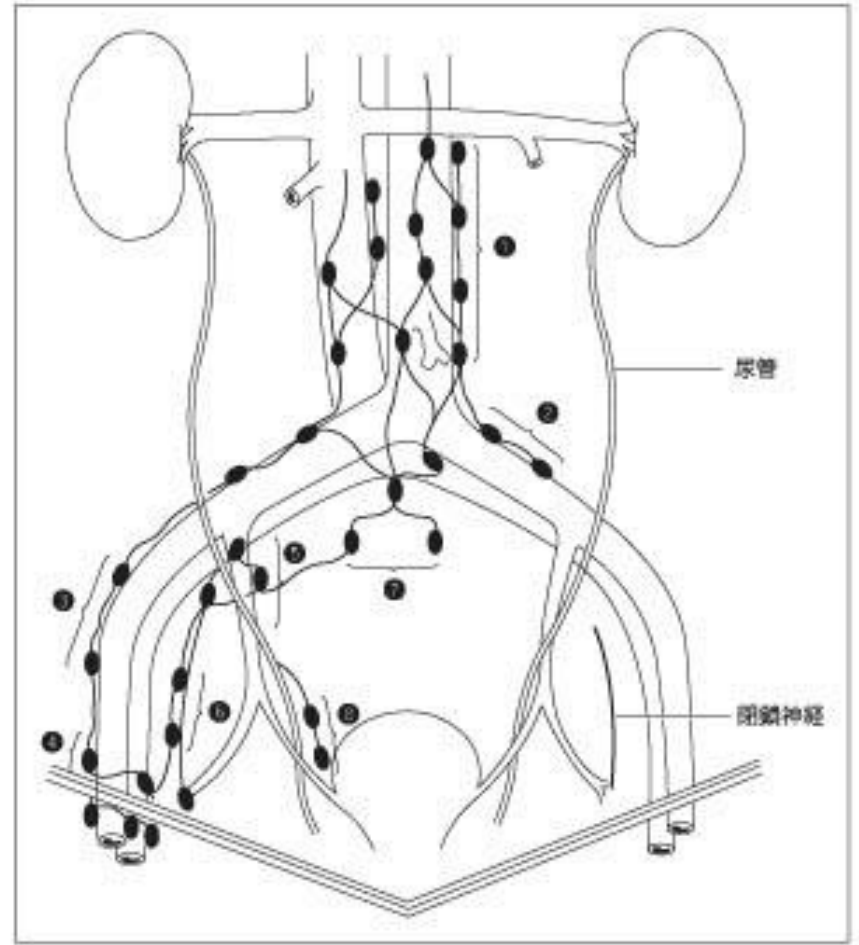
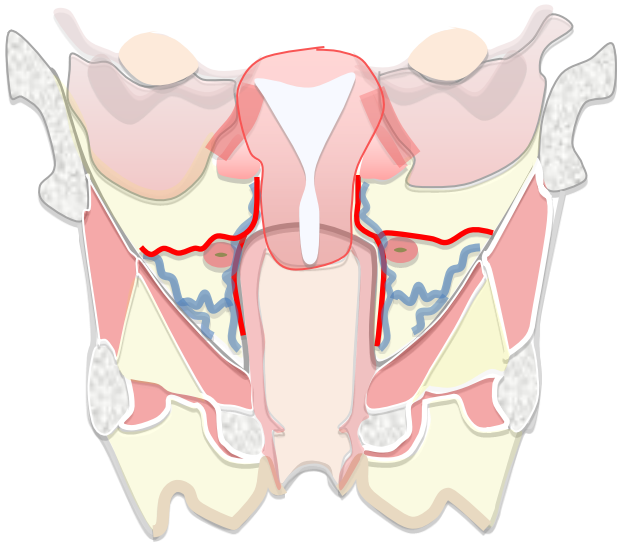
- 卵巣がん
- 子宮頸がん
- 子宮体がん
- その他の婦人科悪性腫瘍

Stage (      ) T(   )N(   )M(   )  
pT(   )N(   )M(   ), ypT(   )N(   )M(   )  
Grade (      )

- 卵巣 (  悪性  境界悪性 )
- 子宮頸 (  扁平上皮癌  腺癌系 )
- 子宮体 (  類内膜型  特殊型 )



# < 婦人科がんシエーマ >



卵巣悪性腫瘍治療に関係ある骨盤リンパ節

郭清範囲・生検部位と転移陽性部位の提示。

## 緩和ケアとは・・・



緩和ケアとは、重い病を抱える患者さんやその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケアのことです。

また緩和ケアは、**治療ができなくなってから始めるものではありません**。緩和ケアというと末期と誤解される方々がいらっしゃいますが、これは明らかな間違いです。

重い病と診断され身体や心のつらさが大きいと、日常生活に及ぼす悪影響が心配されます。そのため、「**つらさを和らげる＝緩和ケア**」が大切なのです。

私たちは、治療・療養を受けられる皆様ができるだけ安心して日常生活をすごし、心配な事に対処していくことができるように支えていきたいと考えています。



## 在宅緩和ケアとは？

- 抗がん剤治療を外来で受けているが、通院が大変になってきた。
  - 痛みなどの苦痛があり通院が困難で、できれば自宅で治療を受けたい。
  - 緩和ケア病棟など病院に入院するのではなく、自宅で最期まで過ごしたい。
- こんな方には、在宅緩和ケアという方法があります。

医師や訪問看護師が定期的に自宅に訪問し症状緩和などの治療を行い、緊急時には24時間電話対応し、必要ならば往診や訪問看護を行います。入院が必要な際には、治療を受けた病院や緩和ケア病棟を有する病院などと、連絡をとって入院の手配もします。

どの医療機関で在宅緩和ケアが受けられるかについては、治療を受けておられる病院のがん相談支援センターや医療相談窓口、地域医療連携室にお問い合わせください。

## 熊本県では

「私のノート」を使った緩和ケアをすすめています・・・



重い病にかかった方々には、これからの治療・生活・仕事・家族のこと等、様々な心配事や不安が降りかかります。「私のノート」は、このような方々にとって病気と向き合いながら日常生活をできるだけ普通にすごすことを目的に作成されました。これからの治療・療養を適切に行うためには、皆様ご自身が医療関係者と十分に話し合うことが大切です。この「私のノート」には、病気や治療・生活への影響・わからないこと等を自由に記入して、医療者と皆様が十分に意思疎通するための交換日記・記録のように使うことができます。





## がん診療連携パスに関する説明書・同意書

平成 年 月 日

病院 科

説明者（担当医師名）

（担当者）

私は、患者 様の、今後の診療とがん診療連携パスについて  
下記の如く説明いたしました。

1. 目的	<p>熊本県では、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「がん診療連携パス（連携パス）」を活用しています。「連携パス」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「連携パス」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。患者さんには「私のカルテ」と「お薬手帳」を利用させていただきます。</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備え、24時間365日対応し安心できる体制を作っています。又、かかりつけ医や、当院から電話等でお問い合わせの連絡をさせて頂く場合があります。</p>
3. 期待されること	<p>「連携パス」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、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、「連携パス」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ございません。</p>
5. 負担	<p>「がん診療連携パス（連携パス）」を使用することで、有害な事が生じることはありません。また、医療機関によっては、保険診療上、自己負担が生じる可能性があります。</p>
6. 紛失	<p>「私のカルテ」は患者さんご自身のものです。紛失の責任はご自身にあります。個人情報ですので紛失されないようご注意ください。</p>
7. 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。 連絡先（ Tel : ）</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。

平成 年 月 日 患者氏名

家族等氏名 続柄（ ）