

「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

年に何回かの診療は、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

日頃の診療は、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療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。



医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

医師・医療スタッフ(メッセージ・特記事項)  
患者さん・ご家族(日々の記録や医療者に伝えたいこと)  
受付(受診日・医療機関名・診療科)をご記入下さい

[illegible]

肝がん共同診療計画表『肝がん治療後サーベイ』①(開始時～10ヶ月)

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 治療日: 年 月 日

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  
☐ 体重減少が続くとき ☐ 再発が疑われるとき

|                                                 | 開始時                         | 1ヶ月                         | 2ヶ月                         | 3ヶ月                         | 4ヶ月                         | 5ヶ月                         | 6ヶ月                         | 7ヶ月                         | 8ヶ月                         | 9ヶ月                         | 10ヶ月                        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 目標 \ 受診間隔の目安                                    | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         |
| <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入               |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| QOLが維持できている                                     | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 再発の早期発見                                         |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 自他覚症状と判断基準                                      |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 体重 <input type="checkbox"/> kg と記入              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腹水を認めない                                         | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 肝性脳症を認めない                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 検査                                              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 生化・ヘモグラム                                        |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腫瘍マーカー<br>(AFP/PIVKA-II)                        | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| プロトロンビン時間                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 画像診断<br>(造影CT・MRI/超音波)                          |                             |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |
| child pugh<br>開始時スコア <input type="checkbox"/> 点 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 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 | <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                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 服薬指導                                            | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 生活指導                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |

|        |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 診察時の異常 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝がん共同診療計画表『肝がん治療後サーベイ』②(11ヶ月～21ヶ月)

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 治療日: 年 月 日

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  
☐ 体重減少が続くとき ☐ 再発が疑われるとき

|                                                 | 11ヶ月                        | 12ヶ月                        | 13ヶ月                        | 14ヶ月                        | 15ヶ月                        | 16ヶ月                        | 17ヶ月                        | 18ヶ月                        | 19ヶ月                        | 20ヶ月                        | 21ヶ月                        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 目標 \ 受診間隔の目安                                    | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         |
| <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入               |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| QOLが維持できている                                     | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 再発の早期発見                                         |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 自他覚症状と判断基準                                      |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 体重 <input type="checkbox"/> kg と記入              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腹水を認めない                                         | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 肝性脳症を認めない                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 検査                                              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 生化・ヘモグラム                                        |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腫瘍マーカー<br>(AFP/PIVKA-II)                        | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| プロトロンビン時間                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 画像診断<br>(造影CT・MRI/超音波)                          |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |
| child pugh<br>開始時スコア <input type="checkbox"/> 点 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 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 | <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                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 服薬指導                                            | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 生活指導                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |

|        |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 診察時の異常 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝がん共同診療計画表『肝がん治療後サーベイ』③(22ヶ月～32ヶ月)

患者名: かかりつけ医: \_\_\_\_\_  
専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 治療日: 年 月 日

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  
☐ 体重減少が続くとき ☐ 再発が疑われるとき

|                                                 | 22ヶ月                        | 23ヶ月                        | 24ヶ月                        | 25ヶ月                        | 26ヶ月                        | 27ヶ月                        | 28ヶ月                        | 29ヶ月                        | 30ヶ月                        | 31ヶ月                        | 32ヶ月                        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 目標 \ 受診間隔の目安                                    | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         |
| <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入               |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| QOLが維持できている                                     | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 再発の早期発見                                         |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 自他覚症状と判断基準                                      |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 体重 <input type="checkbox"/> kg と記入              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腹水を認めない                                         | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 肝性脳症を認めない                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 検査                                              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 生化・ヘモグラム                                        |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腫瘍マーカー<br>(AFP/PIVKA-II)                        | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| プロトロンビン時間                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 画像診断<br>(造影CT・MRI/超音波)                          |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             |
| child pugh<br>開始時スコア <input type="checkbox"/> 点 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 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 | <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                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 服薬指導                                            | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 生活指導                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |

|        |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 診察時の異常 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝がん共同診療計画表『肝がん治療後サーベイ』④(33ヶ月～43ヶ月)

患者名: かかりつけ医: \_\_\_\_\_  
専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 治療日: 年 月 日

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  
☐ 体重減少が続くとき ☐ 再発が疑われるとき

|                                                 | 33ヶ月                        | 34ヶ月                        | 35ヶ月                        | 36ヶ月                        | 37ヶ月                        | 38ヶ月                        | 39ヶ月                        | 40ヶ月                        | 41ヶ月                        | 42ヶ月                        | 43ヶ月                        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 目標 \ 受診間隔の目安                                    | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         |
| <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入               |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| QOLが維持できている                                     | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 再発の早期発見                                         |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 自他覚症状と判断基準                                      |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 体重 <input type="checkbox"/> kg と記入              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腹水を認めない                                         | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 肝性脳症を認めない                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 検査                                              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 生化・ヘモグラム                                        |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腫瘍マーカー<br>(AFP/PIVKA-II)                        | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| プロトロンビン時間                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 画像診断<br>(造影CT・MRI/超音波)                          | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |
| child pugh<br>開始時スコア <input type="checkbox"/> 点 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 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 | <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                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 服薬指導                                            | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 生活指導                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |

|        |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 診察時の異常 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝がん共同診療計画表『肝がん治療後サーベイ』⑤(44ヶ月～54ヶ月)

患者名: かかりつけ医: 専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 治療日: 年 月 日

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  
☐ 体重減少が続くとき ☐ 再発が疑われるとき

|                                                 | 44ヶ月                        | 45ヶ月                        | 46ヶ月                        | 47ヶ月                        | 48ヶ月                        | 49ヶ月                        | 50ヶ月                        | 51ヶ月                        | 52ヶ月                        | 53ヶ月                        | 54ヶ月                        |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 目標 \ 受診間隔の目安                                    | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         |
| <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入               |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| QOLが維持できている                                     | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 再発の早期発見                                         |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 自他覚症状と判断基準                                      |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 体重 <input type="checkbox"/> kg と記入              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腹水を認めない                                         | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 肝性脳症を認めない                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 検査                                              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 生化学・ヘモグラム                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腫瘍マーカー<br>(AFP/PIVKA-II)                        | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| プロトロンビン時間                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 画像診断<br>(造影CT・MRI/超音波)                          |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |
| child pugh<br>開始時スコア <input type="checkbox"/> 点 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 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 | <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                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 服薬指導                                            | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |
| 生活指導                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |

|        |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|--------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 診察時の異常 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |
|        | <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 | <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 |
| 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。

肝がん共同診療計画表『肝がん治療後サーベイ』⑥(55ヶ月～60ヶ月)

患者名: かかりつけ医: 専門医:

【最終目標】5年間再発を早期に発見し、QOLが維持できる 治療日: 年 月 日

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  
☐ 体重減少が続くとき ☐ 再発が疑われるとき

|                                                 | 55ヶ月                        | 56ヶ月                        | 57ヶ月                        | 58ヶ月                        | 59ヶ月                        | 60ヶ月                        |                             |                             |                             |                             |                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 目標 \ 受診間隔の目安                                    | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         | 年月日                         |
| <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入               |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| QOLが維持できている                                     | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |                             |                             |                             |                             |                             |
| 再発の早期発見                                         |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 自他覚症状と判断基準                                      |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 体重 <input type="checkbox"/> kg と記入              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腹水を認めない                                         | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |                             |                             |                             |                             |                             |
| 肝性脳症を認めない                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 検査                                              |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 生化学・ヘモグラム                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 腫瘍マーカー<br>(AFP/PIVKA-II)                        | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |                             |                             |                             |                             |                             |
| プロトロンビン時間                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 画像診断<br>(造影CT・MRI/超音波)                          |                             |                             | ○                           |                             |                             | ○                           |                             |                             |                             |                             |                             |
| child pugh<br>開始時スコア <input type="checkbox"/> 点 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 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 | <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                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
| 服薬指導                                            | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           | ○                           |                             |                             |                             |                             |                             |
| 生活指導                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |

|        |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |
|--------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 診察時の異常 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |
|        | <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 | <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 |
| 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。

肝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<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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                               |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
| ( )<br>( )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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝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<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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                               |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
| ( )<br>( )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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | 1コース                                                       |                                                            | 2コース                                                       |                                                            | 3コース                                                       |                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | 開始時                                                        | HP                                                         | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL |
| 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                                                 |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
| ( )<br>( )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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | __コース                                                      |                                                            | __コース                                                      |                                                            | __コース                                                      |                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL |
| 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                                                 |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
| ( )<br>( )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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝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<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

肝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<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | 1コース                        |                                                            |                                                            | 2コース                        |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | 3コース                        |                                                            |                                                            | 4コース                        |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | 5コース                        |                                                            |                                                            | 6コース                        |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | __コース                       |                                                            |                                                            | __コース                       |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | __コース                       |                                                            |                                                            | __コース                       |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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<br><br><input type="checkbox"/> 内に診察日を記入 | __コース                       |                                                            |                                                            | __コース                       |                                                            |                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                                       | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | HP                          | <input type="checkbox"/> HP<br><input type="checkbox"/> CL | <input type="checkbox"/> HP<br><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<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし<br><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。

| 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分以上間隔が開いたものそれぞれ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-<br>3000/mm <sup>3</sup> ; <LLN-3.0<br>× 10 <sup>9</sup> /L     | <3000-<br>2000/mm <sup>3</sup> ; <3.0-2.0<br>× 10 <sup>9</sup> /L           | <2000-<br>1000/mm <sup>3</sup> ; <2.0-1.0<br>× 10 <sup>9</sup> /L        | <1000/mm <sup>3</sup> ; <1.0 ×<br>10 <sup>9</sup> /L    |
| 好中球                   | <LLN-<br>1500/mm <sup>3</sup> ; <LLN-1.5<br>× 10 <sup>9</sup> /L     | <1500-<br>1000/mm <sup>3</sup> ; <1.5-1.0<br>× 10 <sup>9</sup> /L           | <1000-<br>500/mm <sup>3</sup> ; <1.0-0.5 ×<br>10 <sup>9</sup> /L         | <500/mm <sup>3</sup> ; <0.5 ×<br>10 <sup>9</sup> /L     |
| Plts                  | <LLN-<br>75,000/mm <sup>3</sup> ; <LLN-<br>75.0 × 10 <sup>9</sup> /L | <75,000-<br>50,000/mm <sup>3</sup> ; <75.0-<br>50.0 × 10 <sup>9</sup> /L    | <50,000-<br>25,000/mm <sup>3</sup> ; <50.0-<br>25.0 × 10 <sup>9</sup> /L | <25,000/mm <sup>3</sup> ; <25.0<br>× 10 <sup>9</sup> /L |
| Cr                    | >1-1.5 × ベースライン;<br>>ULN-1.5 × ULN                                   | >1.5-3.0 × ベースライン;<br>>1.5-3.0 × ULN                                        | >3.0 × ベースライン;<br>>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（℃）      |  |  |  |  |
|            |  |  |  |  |
|            |  |  |  |  |

【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】

|         |    |     |     |     |     |     |     |  |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 【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（ | ） | m g | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名（ | ） | m g | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名（ | ） | m g | 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（℃）      |  |  |  |  |
|            |  |  |  |  |
|            |  |  |  |  |

【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】

|         |    |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 【痛みの程度】 |    | 強い時 | 弱い時 | 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（ | ） | m g | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 2 | 薬剤名（ | ） | m g | 時 | 時 | 時 | 時 | 時 |
| 3 | 薬剤名（ | ） | m g | 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

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<br>年<br>月<br>日 | 年   | 月 | 日 |
| 名 前            |                    |                  |     |   |   |
| 住 所            | (〒      )          |                  |     |   |   |
| アレルギ-<br>の 有 無 | □ なし □ あり (      ) |                  |     |   |   |
| 緊急時の<br>連絡先    | 1.名前               | 続柄               | 自宅: |   |   |
|                |                    |                  | 携帯: |   |   |
|                | 2.名前               | 続柄               | 自宅: |   |   |
|                |                    |                  | 携帯: |   |   |
| かかりつけ医         |                    | ☎                |     |   |   |
|                |                    | ☎                |     |   |   |
| 専門医            |                    | ☎                |     |   |   |
|                |                    | ☎                |     |   |   |
|                |                    | ☎                |     |   |   |
| 医療機関名          |                    | ☎                |     |   |   |
|                |                    | ☎                |     |   |   |
| 保険薬局           |                    | ☎                |     |   |   |

## 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<br>かかった病気<br>(既往歴)<br>又は<br>治療中の<br>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・<br>生活環境に<br>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?

具体的にはっきり  
説明して欲しい

よくない情報はあまり  
詳しく知りたくない

知りたくない

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?

往診などをつかって  
自宅で療養したい

入院したい

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(肝がん)

カナ

拠点病院:

患者氏名

血液型

型 Rh

生年月日

年齢

性別

診断:

がんの部位:

☐ 初発 ☐ 再発

病理診断:

( 年 月 日 )

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

Vp ( ) Vv ( ) Va ( ) Child-Pugh分類 ( class ) スコア 点

血液検査 HBsAg ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 その他 ( )

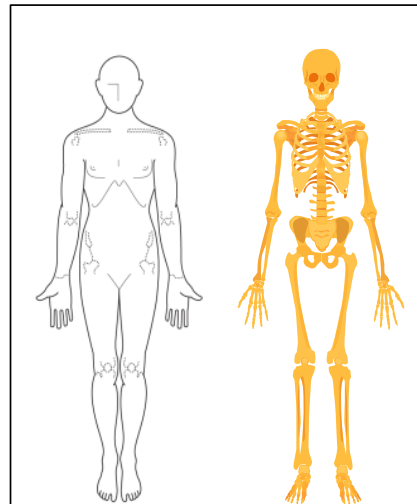
HCVAb ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明

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

| 治療        | 内容 | 期間(開始～終了) |
|-----------|----|-----------|
| 手術        |    |           |
| 局所凝固療法    |    |           |
| 肝動脈化学塞栓療法 |    |           |
| 化学療法      |    |           |
| 放射線療法     |    |           |
|           |    |           |
|           |    |           |
|           |    |           |
|           |    |           |
|           |    |           |
|           |    |           |
|           |    |           |
|           |    |           |

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 ( )

## 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。</p> <p>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（ ）