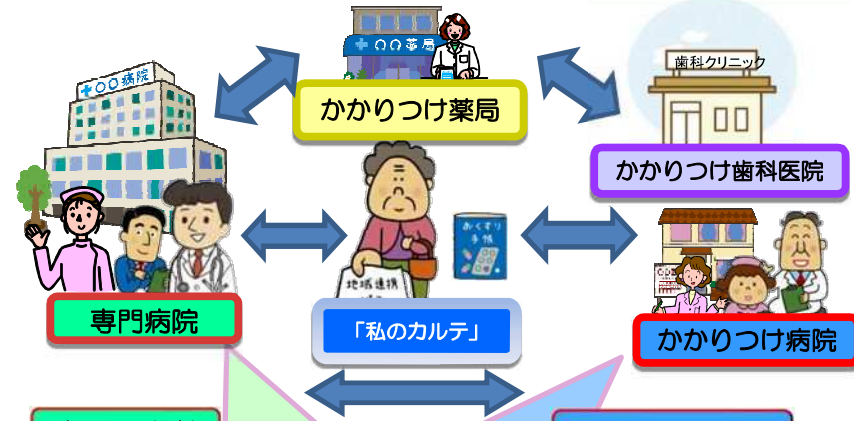


## 「私のカルテ」(がん診療連携パス)

がん専門医、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師などの医療関係者が、あなたの診療経過を共有し使用する診療計画表です。

各医療機関・保険薬局に提示し、記録をつけましょう



### 専門医の役割

専門病院の専門医では、年に数回、精密検査等を担当します。

- 1) 専門医の診察
- 2) 各種検査  
(血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など)
- 3) 専門的な治療
- 4) 緊急時の対応

### かかりつけ医の役割

地域のかかりつけ病院の医師は、日頃の診療を担当します。

- 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

診療内容や検査結果は「私のカルテ」内に記載して共有します。病状が変化したときなどは、かかりつけ医の判断でいつでも専門医にご連絡いただき、専門病院で診察を行うことができます。

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。	通院頻度
手術日: 年 月 日	かかりつけ(CL) 月に1回
	拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。	通院頻度
手術日: 年 月 日	かかりつけ(CL) 月に1回
	拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終アウトカム】 QOLを維持し、再発を早期に発見する。

通院頻度

手術日: 年 月 日

かかりつけ(CL) 月に1回

拠点病院(HP) 月に1回

適応基準: Low risk群

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

□体重減少が続くとき □画像検査で異常 □その他再発が疑われるとき

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

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

婦人科がん術後内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

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

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

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

婦人科がん術後内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

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

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

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】化学療法が問題なく行える

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

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

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】化学療法が問題なく行える

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

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

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

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

婦人科がん内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

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

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

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

婦人科がん内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

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

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

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



かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】化学療法が問題なく行える

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

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

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】化学療法が問題なく行える

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

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

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時( )処方 WBC<2000( )皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース			2コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
<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						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時( )処方 WBC<2000( )皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	3コース			4コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
<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						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時( )処方 WBC<2000( )皮下注

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

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

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

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時( )処方 WBC<2000( )皮下注

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

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□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	__コース			__コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
<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						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□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	__コース			__コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
<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						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□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または入院を要する	生命を脅かす;緊急処置を要す
食欲不振	食生活の変化を伴わない食欲低下	顕著な体重減少や栄養失調を伴わない摂取量の変化;経口栄養剤による補充を要する	顕著な体重減少または栄養失調を伴う(例:カロリーや水分の経口摂取が不十分);静脈内輸液/経管栄養/TPNを要する	生命を脅かす;緊急処置を要す
口内炎	症状がない、または軽度の症状がある;治療を要さない	中等度の疼痛;経口摂取に支障がない;食事の変更を要する	高度の疼痛;経口摂取に支障がある	生命を脅かす;緊急処置を要す
皮疹	虹彩様皮疹が体表面積の<10%を占め、皮膚の圧痛を伴わない	虹彩様皮疹が体表面積の10-30%を占め、皮膚の圧痛を伴う	虹彩様皮疹が体表面積の>30%を占め、口腔内や陰部のびらんを伴う	虹彩様皮疹が体表面積の>30%を占め、水分バランスの異常または電解質異常を伴う;ICUや熱傷治療ユニットでの処置を要する
下痢	ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加	ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が中等度増加	ベースラインと比べて7回/日以上排便回数増加;便失禁;入院を要する;ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が高度増加;身の回りの日常生活動作の制限	生命を脅かす;緊急処置を要す

化学療法における有害事象				
紹介基準 ・Grade2以上で拠点病院紹介				
Grade	1	2	3	4
WBC	<LLN-3000/mm <sup>3</sup> ; <LLN-3.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<3000-2000/mm <sup>3</sup> ; <3.0-2.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<2000-1000/mm <sup>3</sup> ; <2.0-1.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<1000/mm <sup>3</sup> ; <1.0 × 10 <sup>9</sup> /L
好中球	<LLN-1500/mm <sup>3</sup> ; <LLN-1.5 × 10 <sup>9</sup> /L	<1500-1000/mm <sup>3</sup> ; <1.5-1.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<1000-500/mm <sup>3</sup> ; <1.0-0.5 × 10 <sup>9</sup> /L	<500/mm <sup>3</sup> ; <0.5 × 10 <sup>9</sup> /L
Plts	<LLN-75,000/mm <sup>3</sup> ; <LLN-75.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<75,000-50,000/mm <sup>3</sup> ; <75.0-50.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<50,000-25,000/mm <sup>3</sup> ; <50.0-25.0 × 10 <sup>9</sup> /L	<25,000/mm <sup>3</sup> ; <25.0 × 10 <sup>9</sup> /L
Cr	>1-1.5 × ベースライン; >ULN-1.5 × ULN	>1.5-3.0 × ベースライン; >1.5-3.0 × ULN	>3.0 × ベースライン; >3.0-6.0 × ULN	>6.0 × ULN
AST	>ULN-3.0 × ULN	AST>3.0-5.0 × ULNで症状がない;>3 × ULNで以下の症状の悪化を認める:疲労、嘔気、右上腹部痛、または圧痛、発熱、発疹、好酸球増加	>5.0-20.0 × ULN;>5 × ULNが2週間を超えて持続	>20.0 × ULN
ALT	>ULN-3.0 × ULN	ALT>3.0-5.0 × ULNで症状がない;>3 × ULNで以下の症状の悪化を認める:疲労、嘔気、右上腹部痛、または圧痛、発熱、発疹、好酸球増加	>5.0-20.0 × ULN;>5 × ULNが2週間を超えて持続	>20.0 × ULN
T-Bil	>ULN-1.5 × ULN	>1.5-3.0 × ULN	>3.0-10.0 × ULN	>10.0 × ULN



## 情報共有書(婦人科)

算定		かかりつけ医療機関		拠点病院	
	フリガナ			血液型	
患者氏名				感染症	
生年月日				女	アレルギー
閉経		G		P	
診断名					
占拠部位					
病理診断					
T		N		M	Stage

腫瘍マーカー(治療前)		腫瘍マーカー(治療後)	
日付		日付	
CEA		CEA	
CA19-9		CA19-9	
CA125		CA125	

手術日	手術術式	手術完遂度
治療	内容	期間(開始~終了)

【既往歴】	【備考】

【現病歴】

患者への説明内容	年月日
施設	記入者
患者への説明内容	年月日
施設	記入者

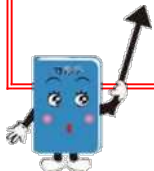
私のプロフィール		
ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒 _____	
アレルギーの有無		
連絡先	①	TEL
	②	TEL
	③	TEL

医療機関からの連絡が繋がるものをご記載ください。

かかりつけ医療機関		TEL
がん診療連携拠点病院		TEL
		TEL
		TEL
その他医療機関		TEL
		TEL
保険薬局		TEL
介護保険	有・無	担当ケアマネ TEL
在宅サービス	有・無	TEL

### 緊急の時は

何かあったら→かかりつけ医にまず電話相談、指示を確認、受診



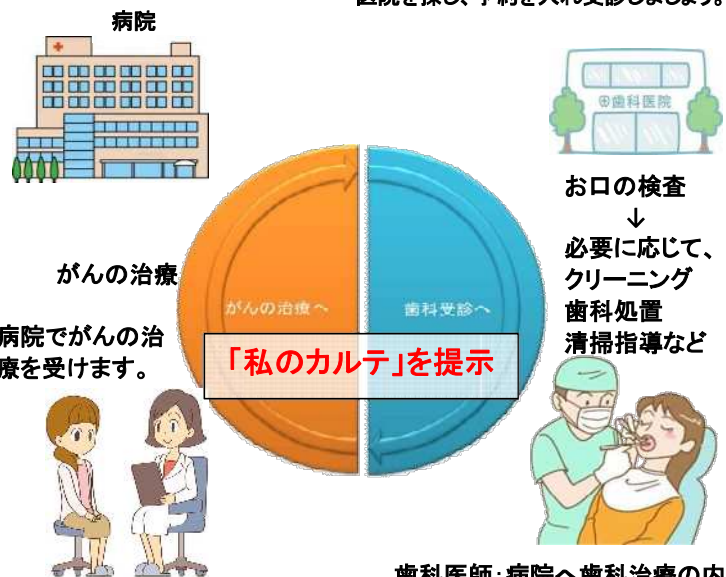
## 歯科医院を受診しましょう

がん治療では、高い頻度でお口の中にさまざまなトラブルが生じます。痛みだけではなく、食事や会話をさまたげ、場合によってはお口のトラブルが原因で入院が長引いたり、治療スケジュールや治療効果に影響がでることもあります。

がん治療ではさまざまなからだの変化が起き、抵抗力が落ちた状態になります。お口のトラブルで食事がきちんと取れないと、これに拍車がかかり、がんと闘う力も失われてしまいます。

特にむし歯や歯周病を放置した状態では、がん治療中にお口のトラブルが起きやすくなるのがこれまでの研究でわかっています。

かかりつけ歯科医院や通いやすい歯科医院を探し、予約を入れ受診しましょう。



病院でがんの治療を受けます。

「私のカルテ」を提示

お口の検査  
↓  
必要に応じて、  
クリーニング  
歯科処置  
清掃指導など

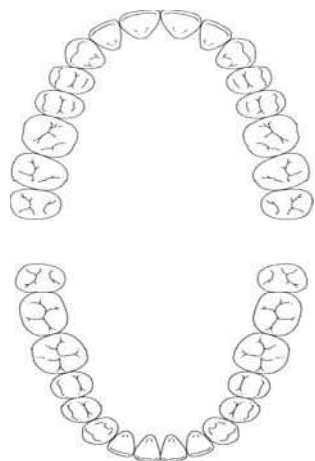
医師：病院から歯科受診の必要がある人へ説明しお手紙を  
だします。がん治療後もかかりつけ歯科医院で継続治療をしましよ

歯科医師：病院へ歯科治療の内容などのお手紙をだします。

継続的なお口の健康管理が重要です。



かかりつけ歯科医院名	
歯科医師名	
歯科外来初診日	年 月 日
口腔内所見	<p>【口腔内の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・口の衛生状態 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良</li> </ul> </li> <li>・咀嚼機能 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不能</li> </ul> </li> <li>・歯周病の程度 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度</li> </ul> </li> <li>・義歯 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 必要だが無し</li> </ul> </li> <li>・粘膜の乾燥 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥</li> </ul> </li> <li>・嚥下機能 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり</li> </ul> </li> <li>・セルフケア <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</li> </ul> </li> </ul>
医科への連絡事項 (その他特記事項)	



## かかりつけ薬剤師・薬局をもちましょう

- ・薬を安全・安心に使用していただくため、処方薬や市販薬など、あなたが使用している薬の情報を一か所でまとめて把握し、薬の重複や飲み合わせのほか、薬が効いているか、副作用がないかなどを継続的に確認します。
- ・休日や夜間など薬局の開局時間外も、電話で薬の使い方や副作用等、お薬に関する相談に応じています。
- ・外出が難しい高齢者などの患者さんのお家に伺い、お薬のご説明をしたり、残薬(手元に残っている薬)の確認も行います。

「私のカルテ」も  
確認しています



このポケットにお薬手帳を入れておき、そのまま薬局にご提示ください

歯科の先生へ: 医療者や本人への連絡事「私の診療記録」へ記載してください。

## がん診療連携パスに関する説明書・同意書

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、利用された方が良く考えた場合にお勧めします。患者さん・ご家族と十分相談しながら、運用をすすめて参ります。途中で中止されてもかまいません。中止されたからといってなんら不利益を受けることはございません。</p>
5. 負担	<p>「がん診療連携パス（連携パス）」を使用することで、有害な事が生じることはありません。また、医療機関によっては、保険診療上、自己負担が生じる可能性があります。</p>
6. 紛失	<p>「私のカルテ」は患者さんご自身のものです。紛失の責任はご自身にあります。個人情報ですので紛失されないようご注意ください。</p>
7. 質問の自由	<p>ご不明の点や心配があれば、いつでもご相談下さい。 連絡先（ Tel : ）</p>

私は地域連携診療の目的や方法などについて上記の説明を受け、十分に理解した上で、この地域連携診療に参加することに同意します。

年 月 日 患者氏名

家族等氏名 続柄（ ）

## がん診療連携パス（私のカルテ）経過報告書

連携パスの種類（がん種）【 がん 】

報告日           年       月       日  
共同診療開始日   年       月       日

計画策定病院： \_\_\_\_\_

担当医師名： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

連携医療機関 \_\_\_\_\_ 担当医師名 \_\_\_\_\_ 印

<b>患者情報</b>	氏名 _____	性別（ M F ）
	生年月日 T・S・H _____ 年 月 日	
<p>下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。</p> <p>共同診療計画に基づく診療の実施日</p> <p>次回の予定</p>		
<p>共同診療計画に（ 変更なし 変更あり ）</p> <p>変更となった項目（ 診察・観察 検査 治療 薬剤 処置 ケア ）</p> <p>具体的な内容：</p>		
<p>・その他の特記する事項</p>		
<p>画像・検査データ添付（ あり なし ）</p>		