

# 福島県 県北地域医療連携手帳



## 「福島県県北地域医療連携手帳」について

この手帳は、手術を施行した病院とかかりつけ医が協力し、専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。内容は、①共同診療に必要な診療情報、②診療予定表、③診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。

この連携手帳を使用することで、患者さんは今後の診療予定を知ることが出来ますし、診療情報が共有されますので安心してこれまで通りかかりつけ医の診療を受けることが出来ます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます（右ページの図参照）。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。

なお、**乳がん、婦人科がん、前立腺がん**以外のがん（**大腸がん、胃がん、肺がん、肝がん**など）は検査の対象外となります。かかりつけ医に診ていただくか地域の健康診断などをお受けください。

## 乳がんの手術後の連携診療について

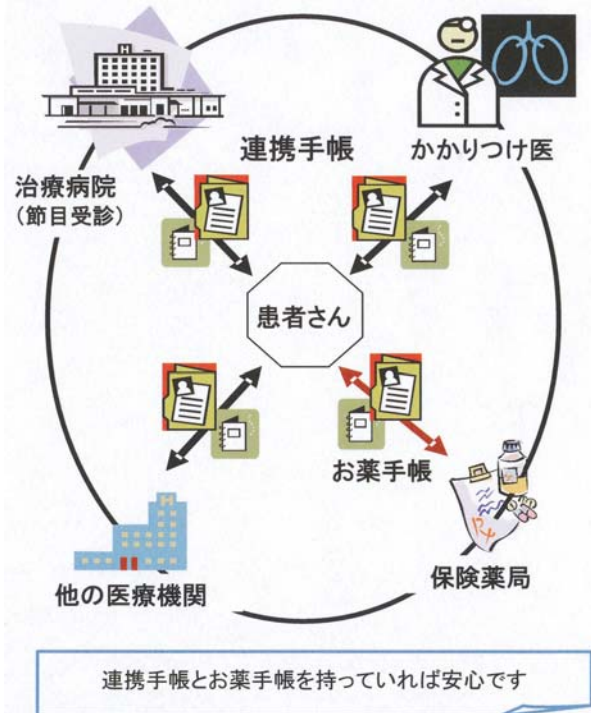
乳がんの手術・治療を受けた方は、あまり可能性が高い訳ではありませんが、再発したり、対側乳房に新しい乳がんが発生したりする事がありますので、手術後 10 年間にわたり定期検査を受けることが望ましいとされています。

乳がんに対する手術病院での初期治療が終了した後に、かかりつけの病院・医院（かかりつけ医療機関）で定期検査を行ったり、必要なお薬を処方してもらったりすることができます。

原則的に 1 年に 1 回は手術を受けた病院（手術病院）を受診し、それ以外の時はかかりつけの医療機関を受診して下さい。かかりつけの医療機関での診察・検査の結果、精密検査が必要と判断された場合にも、手術病院を受診して頂くことになります。

またこれらの定期診察・検査を行っていても、乳がん以外の病気がすべて分かるわけではないので、自治体で行われる検診・健康診断などは必ずお受け下さい。

## 連携手帳を用いた診療の流れ



お 名 前

生年月日 明・大 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
昭・平

身 長 \_\_\_\_\_ cm 体 重 \_\_\_\_\_ kg

かかりつけ医療機関

施設名（スタンプ可）

T E L

ID

担当医

連携開始日 平成

手術を受けた病院

施設名（スタンプ可）

T E L

ID

担当医

治療開始日 平成

かかりつけ薬局

（スタンプ可）

T E L

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー（薬、食べ物等）

内服薬

（シール貼り付けも可。お薬手帳があれば記入はいりません。）

手術記録

閉経状況

閉経前・閉経後（最終月経 年 月）・不明

病期

T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Stage \_\_\_\_\_

手術日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術術式

乳房切除術（部分切除術、全摘術、その他 \_\_\_\_\_）

腋窩郭清（Ax、郭清省略、その他 \_\_\_\_\_）

病理

組織型 \_\_\_\_\_

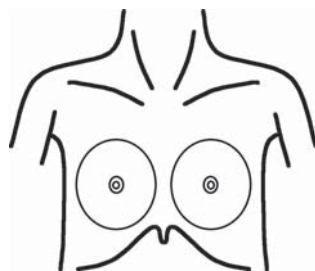
pT \_\_\_\_\_ cm

n \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

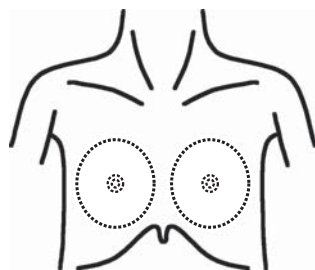
ER \_\_\_\_\_ PgR \_\_\_\_\_ HER2 \_\_\_\_\_

ly \_\_\_\_\_ NG \_\_\_\_\_

断端（陰性・陽性）



<術前所見>



<術後所見>

備考

---

---

---

放射線療法

部位

総線量・回数

期間 平成 \_\_年 \_\_月 \_\_日～ 平成 \_\_年 \_\_月 \_\_日

備考

化学療法

内容（レジメン名・薬剤名・投与量（/m<sup>2</sup>）・回数）

期間 平成 \_\_年 \_\_月 \_\_日～ 平成 \_\_年 \_\_月 \_\_日

備考

内分泌治療

内容

投与開始日 平成 \_\_年 \_\_月 \_\_日

予定期間

備考

その他特記事項（退院時の検査 data など）

腫瘍マーカー CEA : ng/ml ( \_\_年 \_\_月 \_\_日)

CA15-3 : IU/ml ( \_\_年 \_\_月 \_\_日)

NCC ST439 : IU/ml ( \_\_年 \_\_月 \_\_日)

# 診療メモ (各施設の実情に合わせ施行して下さい)

3か月

6か月

9か月

受診年月日

/ /

/ /

/ /

診察

乳房 ・ MMG

・ US

採血 (腫瘍マーカーなど)

胸部 XP または CT

腹部 CT または US

骨シンチグラフィ

骨密度 (AI 内服中)

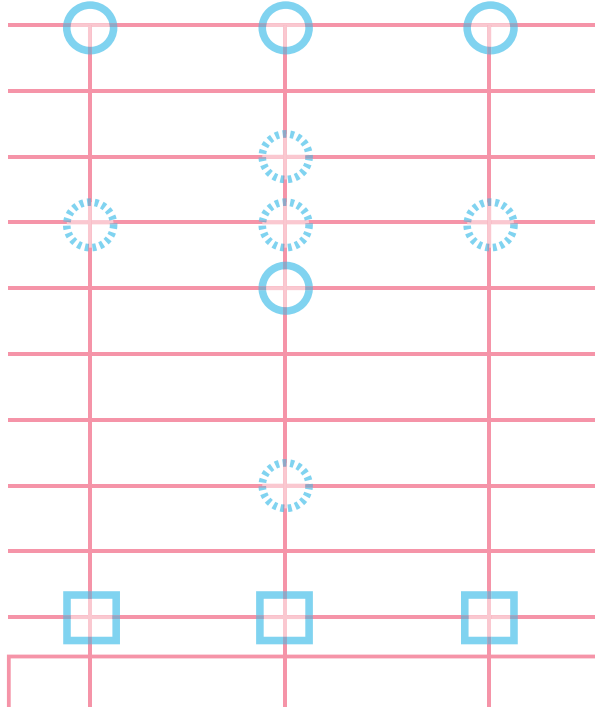
婦人科 (TAM 内服中)

内服確認 (ホルモン剤)

LH-RH 注射施行日

コメント

〔連携元：手術病院  
連携先：かかりつけ医療機関〕



連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先  
その他 その他 その他 その他

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



必須  
 任意

1年

1年3か月

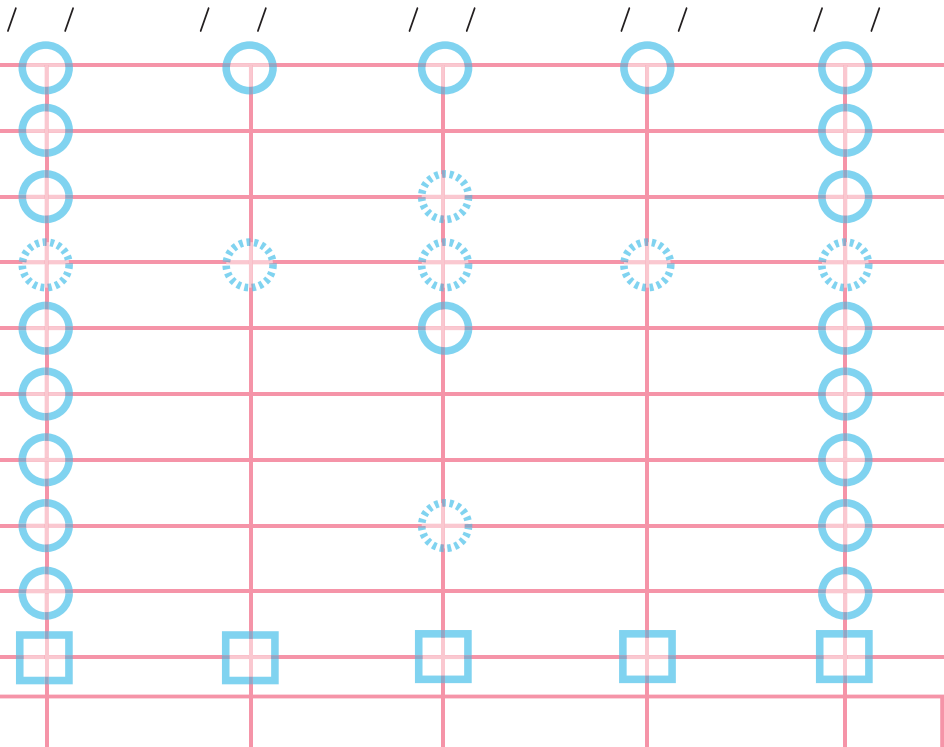
1年6か月

1年9か月

2年

(手術病院にて)

(手術病院にて)



連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# 診療メモ (各施設の実情に合わせ施行して下さい)

2年3か月

2年6か月

2年9か月

	受診年月日	/ /	/ /	/ /
診察				
乳房・MMG				
・US				
採血 (腫瘍マーカーなど)				
胸部 XP または CT				
腹部 CT または US				
骨シンチグラフィ				
骨密度 (AI 内服中)				
婦人科 (TAM 内服中)				
内服確認 (ホルモン剤)				
LH-RH 注射施行日				
コメント				
〔連携元：手術病院 連携先：かかりつけ医療機関〕		<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他

必須  
 任意

3年

3年3か月

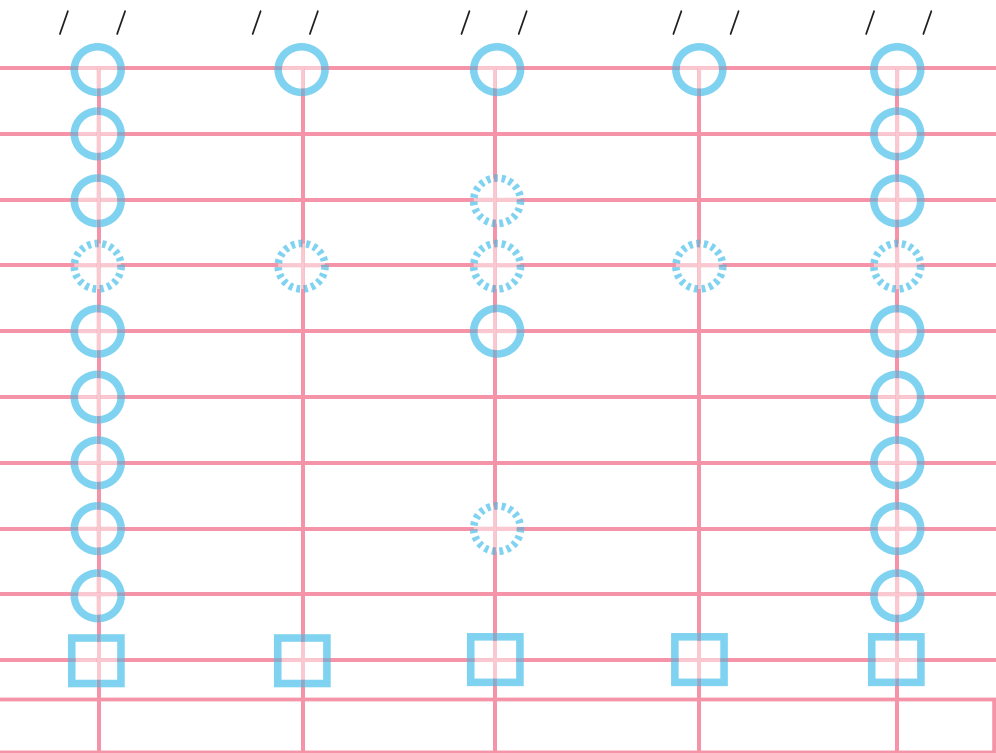
3年6か月

3年9か月

4年

(手術病院にて)

(手術病院にて)



連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# 診療メモ (各施設の実情に合わせて施行して下さい)

4年3か月

4年6か月

4年9か月

	受診年月日	/ /	/ /	/ /
診察				
乳房・MMG				
・US				
採血 (腫瘍マーカーなど)				
胸部 XP または CT				
腹部 CT または US				
骨シンチグラフィ				
骨密度 (AI 内服中)				
婦人科 (TAM 内服中)				
内服確認 (ホルモン剤)				
LH-RH 注射施行日				
コメント				
(連携元: 手術病院 連携先: かかりつけ医療機関)	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他			



5年

5年6か月

6年

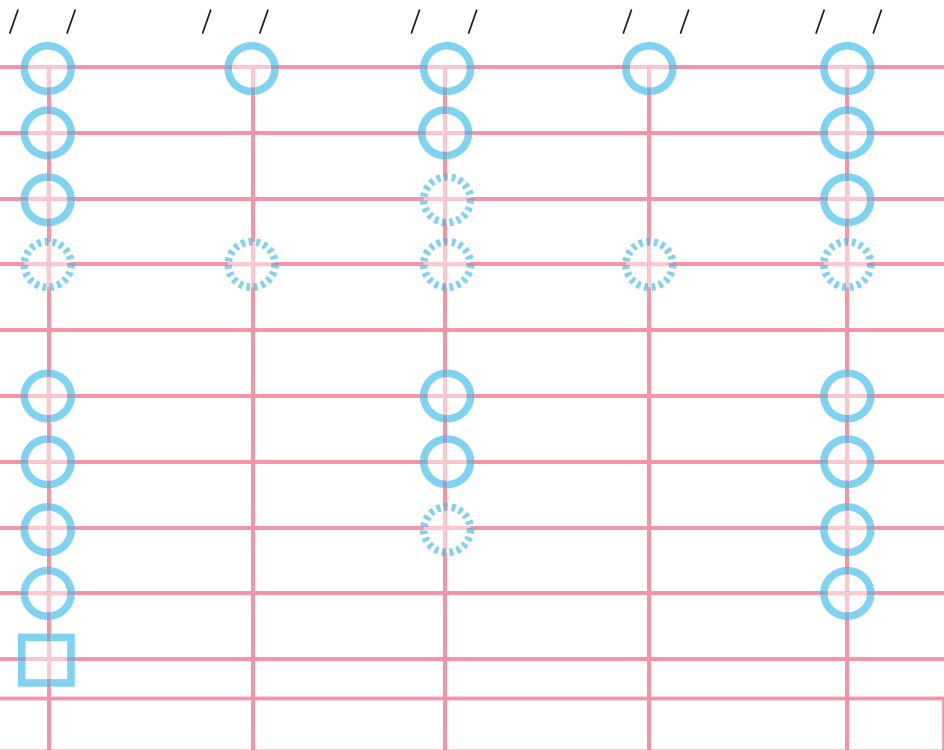
6年6か月

7年

(手術病院にて)

(手術病院にて)

(手術病院にて)



連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

Blank lines for notes or additional information under each column.

# 診療メモ (各施設の実情に合わせて施行して下さい)

7年6か月

8年

8年6か月

(手術病院にて)

受診年月日	/ /	/ /	/ /
診察			
乳房・MMG			
・US			
採血 (腫瘍マーカーなど)			
胸部 XP または CT			
腹部 CT または US			
骨シンチグラフィ			
骨密度 (AI 内服中)			
婦人科 (TAM 内服中)			
内服確認 (ホルモン剤)			
LH-RH 注射施行日			
コメント	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他
〔連携元：手術病院 連携先：かかりつけ医療機関〕	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

9年

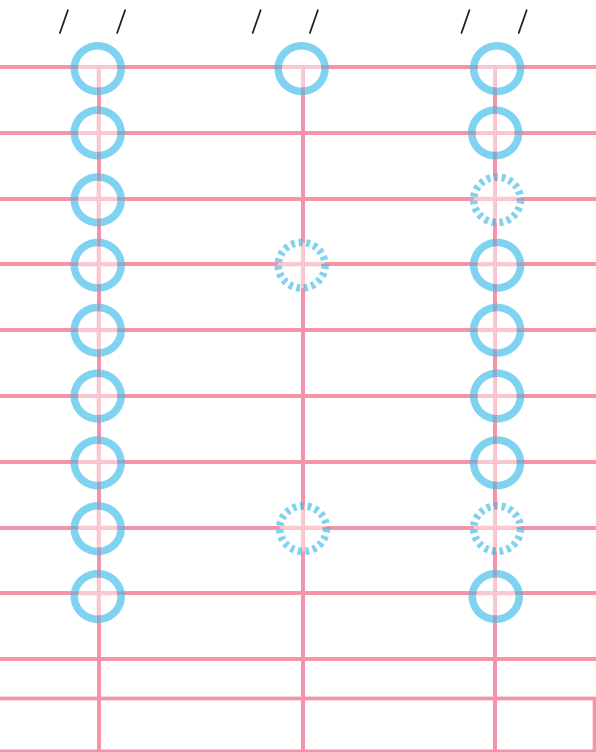
9年6か月

10年

10年以降

(手術病院にて)

(手術病院にて)



連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

連携元  連携先  
 その他

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

これ以後は1年に一回  
 乳房の定期的検査をお受けください。





## この手帳の使い方について

- 1) 連携元病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分についてご記入下さい。
  - a) 5 ページ目；手術記録
  - b) 6 ページ目；各種治療歴とその他連携に当たって、かかりつけの先生に伝えておきたいこと
  
- 2) 患者さんは手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入下さい。
  - a) 3 ページ目；お名前など
  - b) 4 ページ目；以前や現在かかられている病気・アレルギー・内服薬など（お薬は“お薬手帳”などに使うシールを使ってもかまいません。また、お薬手帳がある方は記載不要です。）
  
- 3) かかりつけ医ならびに連携元病院の担当医は、患者さんが受診される際に次のように記載をお願いします。
  - a) 診察した日（確認日）の日付記載ならびにサイン（又は印）
  - b) 任意検査を行った場合は、項目のところにチェック
  - c) 内服のホルモン剤の服用がある場合は、受診時にチェック
  - d) LH-RH 製剤の注射を行った場合はその日付を記載
  - e) （連携元病院の場合）1 年毎の任意検査を行った場合チェックもしくは内容記載、その結果も簡単に。（問題あり・なし程度でよいです）
  - f) 診察を行った際に、問題があること、また、かかりつけ医／専門病院に伝達が必要な項目がある場合は、“コメント”に記載してください。スペースが足りなければ、下の“その他備考”欄もご利用ください。
  - g) かかりつけ医・連携元病院の担当医のいずれかが、連携中に継続的に注射が必要なものについては、15 ページ目の“連携中の診療メモ”にそれを記載してください。
  - h) 内分泌治療を行っている場合、終了した場合はそのところに終了日をわかりやすく備考に記載して下さい。

**ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい。**

E-mail : [path@fmu.ac.jp](mailto:path@fmu.ac.jp)

F A X : (024)547-1089

郵 送 : 〒960-1295 福島市光が丘1番地  
福島県立医科大学附属病院  
臨床腫瘍センター