



# 東京都医療連携手帳運用手順書 治療病院用

## 1 地域連携クリティカルパス適応の患者さんの選定

東京都医療連携手帳（以下、手帳）を発行する患者さんを選定してください。

### 選定対象

治療病院とかかりつけ医の両方で地域連携診療計画に沿って治療を行うことを了承した患者さん。※その旨をカルテにも記載しておくことが望ましい。

東京都医療連携手帳



## 2 がん治療連携計画策定料1の算定の確認

**算定** ○ **無**  
※この項目は、治療病院が記載します。

がんと診断されてから最初の入院をした患者さんについて、退院時又は退院後30日以内に手帳を発行した場合、**がん治療連携計画策定料1（計画策定病院）750点**の算定（令和2年4月現在）が可能です。

がん治療連携計画策定料1を算定した場合は、裏表紙の算定欄「有」に○を、算定しなかった場合は「無」に○をつけてください。

※診療報酬の算定要件については、厚生労働省告示等をご確認ください。

## 3 手帳に必要記載事項を記載

- ① P3の「治療病院」の項目へ記載（スタンプ可）をお願いします。
- ② P5～P10の手術などの診療歴や今後の予定など、赤枠内の記入をお願いします。

**P3**

患者さんは、38ページ「この連携手帳の使い方について」をご参照の上、各項目をご記入ください。

氏名欄および現在治療中の病名

アレルギー（薬、食べ物等）

内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）

治療病院

かかりつけ医(1)

かかりつけ医(2)

**P5**

手術日 20 年 月 日

術式 開腹・腹腔鏡下・ロボット・腹腔鏡併用、腹腔鏡併用・腹腔鏡手術、腹腔鏡手術・腹腔鏡手術、腹腔鏡手術・腹腔鏡手術、腹腔鏡手術・腹腔鏡手術

病期(ステージ)

病期(ステージ)	なし(M0)	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
T1a, T1b	IA	IB	IIA	IIB	IIIB
T2	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T3	IIIA	IIIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4a	IIIA	IIIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4b	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC

**P7**

この欄に必要事項(追加欄)

クレアチニン値 mg/dl

身長 cm 体重 前前 kg

薬剤師の化学療法を行う場合の薬剤について

Stage Ⅰ 胃癌に対するRO前後フォローアップの目安

薬剤師の化学療法を行う場合の薬剤について	1年	2年	3年	4年	5年
術後・術中・術後	○	○	○	○	○
CT and/or US	○	○	○	○	○
内視鏡	○	○	○	○	○

Stage Ⅱ 胃癌に対するRO前後フォローアップの目安

薬剤師の化学療法を行う場合の薬剤について	1年	2年	3年	4年	5年
術後・術中・術後	○	○	○	○	○
CT and/or US	○	○	○	○	○
内視鏡	○	○	○	○	○

**P9**

手術日 20 年 月 日

術式 開腹・腹腔鏡下・ロボット・腹腔鏡併用、腹腔鏡併用・腹腔鏡手術、腹腔鏡手術・腹腔鏡手術、腹腔鏡手術・腹腔鏡手術、腹腔鏡手術・腹腔鏡手術

病期(ステージ)

病期(ステージ)	なし(M0)	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
T1a, T1b	IA	IB	IIA	IIB	IIIB
T2	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T3	IIIA	IIIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4a	IIIA	IIIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4b	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC

※上消化管内視鏡検査は、術後後の術後1年目に1回行いますが、2年目以降は症状がある場合にのみ行います。  
※がん検診の方法は、検診でがん検診1回の検診と検診を行います。  
※検診もがん検診からがん検診や検診も検診しますので、検診5年検診後の検診検診の方法については、またかかりつけ医にご相談ください。

1 ~ 3 を実施の上、患者さんに手帳をお渡しください。

#### 4 患者さんが、再度フォローアップに来院したときの対応

- ① 治療病院の医師は診察時に手帳を確認し、P11以降の「診療記録」に記入してください。
- ② かかりつけ医に伝達が必要な場合は、P17以降の「通信欄」に日付とその内容の記入をお願いします。

※P11以降の「診療記録」及びP17以降の「通信欄」は、お互いの診療状況を把握するため、治療病院とかかりつけ医の両方がそれぞれ記入します。

P11

P17