



東京都医療連携手帳運用手順書 患者さん用

東京都では、地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」を運用しています。「東京都医療連携手帳」（以下、手帳）は、手術・治療を施行した専門病院（治療病院）とかかりつけ医が役割を分担して、相互に連携しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供することによって、切れ目のない治療を行うためのものです。



手帳を使うことによる利点

- ① 医療機関同士が、患者さんの治療経過を共有できるので、より適切な診療が可能になります。
- ② 診療予定表により、「いつ」「どこで」「どんな」検査や診療を受ければよいかわかります。

1 手帳をもらった時

手帳をもらったら、P3・4のお名前など、赤枠の各項目へご記入ください。

P3	P4																																																													
<p>患者さんは、34ページ「この連携手帳の使い方について」をご参照のうえ、各項目をご記入ください。</p>																																																														
<table border="1"><tr><td colspan="2">お名前</td></tr><tr><td>生年月日 (西暦)</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm</td><td>体重</td><td>kg</td></tr><tr><td colspan="4">治療病院</td></tr><tr><td colspan="4">T E L</td></tr><tr><td colspan="4">I D</td></tr><tr><td colspan="4">科 名</td></tr><tr><td colspan="4">主治医</td></tr><tr><td colspan="4">かかりつけ医</td></tr><tr><td colspan="4">T E L</td></tr><tr><td colspan="4">I D</td></tr><tr><td colspan="4">主治医</td></tr><tr><td colspan="4">かかりつけ薬局</td></tr><tr><td colspan="4">T E L</td></tr></table>	お名前		生年月日 (西暦)	年 月 日	身長	cm	体重	kg	治療病院				T E L				I D				科 名				主治医				かかりつけ医				T E L				I D				主治医				かかりつけ薬局				T E L				<table border="1"><tr><td>飲酒歴</td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td>既往歴および現在治療中の病氣</td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td>アレルギー(薬、食べ物等)</td></tr><tr><td>造影剤アレルギー なし ・ あり</td></tr><tr><td>その他のアレルギー なし ・ あり</td></tr><tr><td>内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	飲酒歴		既往歴および現在治療中の病氣		アレルギー(薬、食べ物等)	造影剤アレルギー なし ・ あり	その他のアレルギー なし ・ あり	内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)	
お名前																																																														
生年月日 (西暦)	年 月 日																																																													
身長	cm	体重	kg																																																											
治療病院																																																														
T E L																																																														
I D																																																														
科 名																																																														
主治医																																																														
かかりつけ医																																																														
T E L																																																														
I D																																																														
主治医																																																														
かかりつけ薬局																																																														
T E L																																																														
飲酒歴																																																														
既往歴および現在治療中の病氣																																																														
アレルギー(薬、食べ物等)																																																														
造影剤アレルギー なし ・ あり																																																														
その他のアレルギー なし ・ あり																																																														
内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)																																																														
03	04																																																													

2 受診するとき

医療機関を受診する際は必ずこの手帳をご持参ください。

P9 以降の診療結果（採血データなど）も基本のご自身でご記入ください。

P9

診療予定表

1 年目

名前: _____

治療病院ID: _____

治療病院(変更可)
 かかりつけ医
 チェックしてください

	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	11ヶ月	12ヶ月
<input type="checkbox"/> 3ヶ月毎	●	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 4ヶ月毎	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> フリー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
画像	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT
内視鏡						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
コメント (説明・指導)	保険薬局との連携のため適宜Cr値を記入してください。											
書ききれない場合は添付欄へ												

※以下は、基本的に患者さんご自身でご記入ください。

受診年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日	月/日
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
AFP													
L3分画	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II													
AST													
ALT													
T-Bil													
γ-GTP													
Alb													
血小板													

09 10

3 その他

P27 以降の「自由記載欄」は、ご自由にご記入ください。

P27

自由記載欄 (患者さん用)

年月日	メモ	年月日	メモ

27 28