



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。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--|----------|-------|----|----|----|----|------|--|-----|--|----|--|-----|--|-----|----------|--|----------|-----------|--|-----|--|----|--|-----|--|-----------|--|-----|--|----|--|-----|--|---------|--|-----|--|---|----------------|--|---------------|--|--------------------|--|
| <div style="text-align: center; border: 1px solid orange; border-radius: 50%; width: 30px; margin: 0 auto; padding: 2px;">P3</div> <p>患者さんは、42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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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></tr> <tr><td>体重</td><td>kg</td></tr> <tr><td colspan="2">治療病院</td></tr> <tr><td colspan="2">TEL</td></tr> <tr><td colspan="2">ID</td></tr> <tr><td colspan="2">主治医</td></tr> <tr><td>手術日</td><td>20 年 月 日</td></tr> <tr><td></td><td>20 年 月 日</td></tr> <tr><td colspan="2">かかりつけ医(1)</td></tr> <tr><td colspan="2">TEL</td></tr> <tr><td colspan="2">ID</td></tr> <tr><td colspan="2">主治医</td></tr> <tr><td colspan="2">かかりつけ医(2)</td></tr> <tr><td colspan="2">TEL</td></tr> <tr><td colspan="2">ID</td></tr> <tr><td colspan="2">主治医</td></tr> <tr><td colspan="2">かかりつけ薬局</td></tr> <tr><td colspan="2">TEL</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 | | TEL | | ID | | 主治医 | | 手術日 | 20 年 月 日 | | 20 年 月 日 | かかりつけ医(1) | | TEL | | ID | | 主治医 | | かかりつけ医(2) | | TEL | | ID | | 主治医 | | かかりつけ薬局 | | TEL | | <div style="text-align: right; border: 1px solid orange; border-radius: 50%; width: 30px; margin: 0 auto; padding: 2px;">P4</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid red; padding: 5px;">既往歴および現在治療中の病気</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid red; height: 60px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid red; padding: 5px;">アレルギー（薬、食べ物等）</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid red; height: 60px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid red; padding: 5px;">内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid red; height: 60px;"></td></tr> </table> | 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（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ID | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術日 | 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ID | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医(2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ID | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ薬局 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（お薬手帳がある時は記入不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2 受診するとき

治療病院・かかりつけ医へ受診する前に、P 9 以降の「患者さん記入欄」へご記入ください。
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

診療記録 (1年目)

名 前： _____

治療病院ID： _____

●治療病院
○かかりつけ医
◎かかりつけ医または治療病院
()は省略できます

| 手 術 日 | 退院後2週 | 3ヶ 月 | 6ヶ 月 | 9ヶ 月 | 1年 |
|--|---|--|--|--|---|
| | 20 / / | 20 / / | 20 / / | 20 / / | 20 / / |
| 患者さん記入欄 受診機関 体重 kg 症状記入欄 (気になる症状がある場合は、 チェックしてください) | <input checked="" type="checkbox"/> ● <input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> ● <input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> ◎ <input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他() | <input checked="" type="checkbox"/> ● <input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎部痛・肛門部痛 ・下肢痛 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他() |
| 医療機関記入欄 採血 CEA CA19-9 直腸指診 (直腸がんの場合) 胸部CT 腹部CT 大腸内視鏡検査 説明・指導 (診察・検査所見等) 保険適用との連携の高品質 CT像を記入 | <input checked="" type="checkbox"/> ● _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> ◎ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> ○ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> ◎ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | |

※書ききれない場合は追加欄へ

3 その他

P 27 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 |
|-----|----|-----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |