



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。



2 がん治療連携計画策定料1の算定の確認

算定 **有** 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～P8の手術などの診療歴ほか、赤枠内の記入をお願いします。

P3

患者さんは、30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。

お名前	姓 名	性別	年齢	20 年 月 日
診療名	20 年 月 日			
生年月日 (印)	年	月	日	
身長	cm	体重	kg	
検査日 (印)	年	月	日	
治療病院	TEL			
ID	ID			
主治医	TEL			
かかりつけ医	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）

CT造影剤アレルギー ()あり ()なし
MRI造影剤アレルギー ()あり ()なし

内服薬【お薬手帳が基本時記入不要】

P5

診療開始日

病歴状況 (前・後・不詳)

病歴 T N M Stage

手術日時

手術日 20 年 月 日

手術時間

手術種類

乳癌 乳房部分切除 乳房切除 乳房全摘除
 腫瘍 切除 乳房全摘除 乳房切除 乳房部分切除
 術後 切除 乳房全摘除 乳房切除 乳房部分切除

病期 pT on pN

ER (+/-) PgR (+/-)
 Ki67 (0-100%)
 FISH / CISH (増倍・減数)
 NG1 (2-3) NG2 (1-3) K167 %
 腫瘍 (増倍・減数)
 OncotypeDX RS:

備考

放射線療法

部位 乳房 乳房外 乳房内 乳房外リンパ管

照射量・回数

期間 20 年 月 日～20 年 月 日

備考

内分泌療法

薬剤名 コルヒン コルヒン
 コルヒン コルヒン
 (アストロゾール) (ルトゾール)
 コルヒン
 (その他)

内容

発症開始日 20 年 月 日

予定開始日

備考

P7

化学療法 (術前)

レジメン CMF (ddAC) EC (ddEC) FEC
 TC CP1X (ddPTX) PTX
 HER PER
 その他 ()

内容 薬剤名・投与量 (mg)・回数

期間 20 年 月 日～20 年 月 日

備考

化学療法 (術後)

レジメン CMF (ddAC) EC (ddEC) FEC
 TC CP1X (ddPTX) PTX
 HER PER
 その他 ()

内容 薬剤名・投与量 (mg)・回数

期間 20 年 月 日～20 年 月 日

備考

その他特記事項 (選填)

1 ~ 3 を実施の上、患者さん到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、P9以降の「診療予定表」に記入してください。
- ② 任意検査を行った場合は、P9以降の「診療予定表」の該当項目に印を付け、問題の有／無程度で構いませんので、コメント欄に簡単に結果を記入してください。
- ③ かかりつけ医に伝達が必要な場合は、P19以降の「通信欄」に日付とその内容の記入をお願いします。

※ P9以降の「診療予定表」及びP19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。

P9

診療予定表

名 前: _____
治療開始日: _____

3ヶ月 6ヶ月 9ヶ月 1年 1年3ヶ月 1年6ヶ月 1年9ヶ月 2年

検査項目: 診察, 乳癌US/MG, MG, US, 腫瘍, 骨密度 (A/B/C/D/E/F), 内服薬 (ホルモン剤), LH-RH注射剤施行日

コメント (説明: 説明)

サイン

P19

通信欄 (かかりつけ医-治療病院 兼用)

年 月 日	コメント	サイン	年 月 日	コメント	サイン