

東京都医療連携手帳



算定 有・無

※この項目は、治療病院が記載します。

東京都がん診療連携協議会・東京都医師会・東京都福祉保健局

2020年7月改訂



東京都医療連携手帳とは

この連携手帳は、手術・治療を施行した専門病院（以下、「治療病院」）とかかりつけ医が役割分担をして、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。

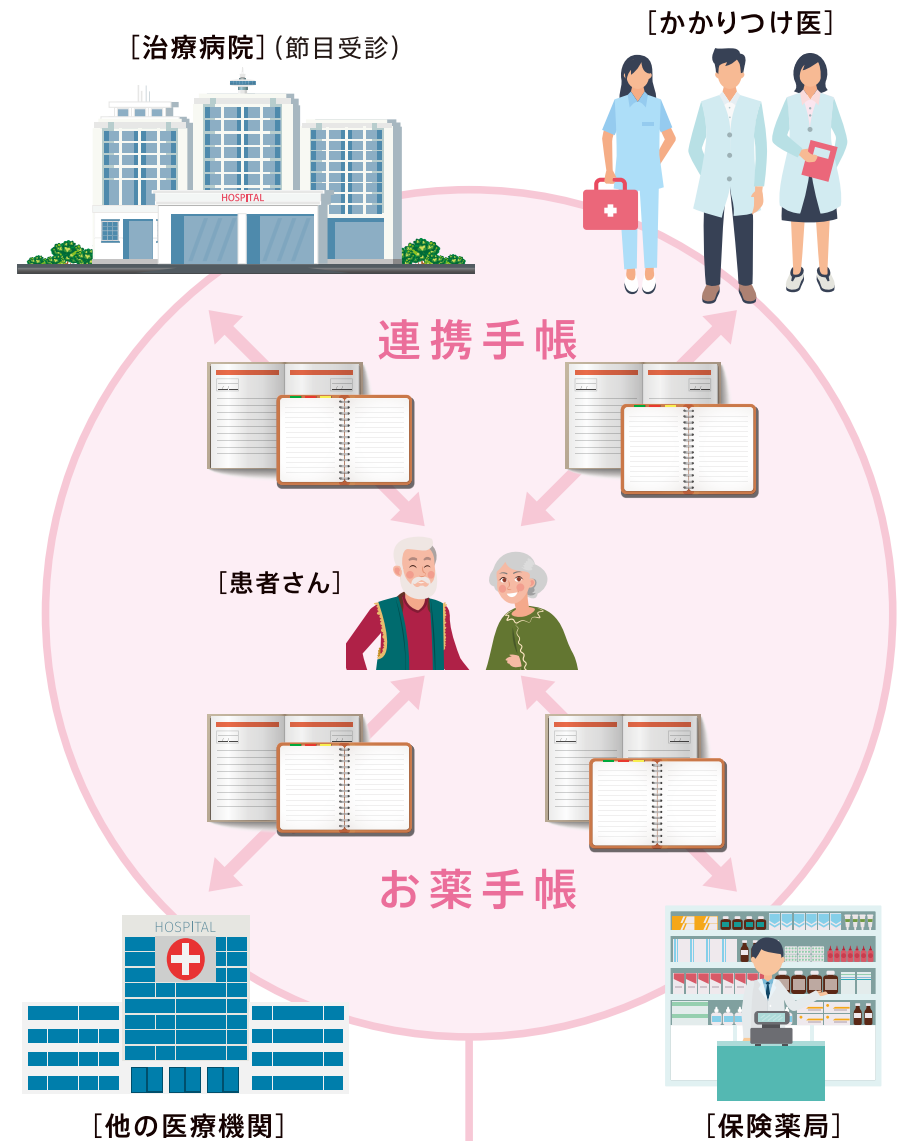
この連携手帳を使用することによって、患者さんは治療病院とかかりつけ医、それぞれの治療計画を知ることができ、安心して診療を受けることができます。



連携手帳を用いた診療の流れ

- 病状が落ち着いているときの日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療病院へは節目に受診していただきます。何か心配なことがある時は、まずかかりつけ医にご相談ください。
- 他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒にこの連携手帳をお持ちください。
- この連携手帳の診療計画は、診察・検査を行う時期の目安ですので、病状に応じてかかりつけ医・治療病院主治医の判断に従うようにしてください。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

※この「東京都医療連携手帳」は、東京都がん診療連携協議会で作成しています。

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	
診 断 名	診断日 20 年 月 日
生年月日 (西暦)	年 月 日
身 長	cm
体 重	kg
(測定日 20 年 月 日)	
治療病院	
T E L	
I D	
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	

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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
MRI造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

--

治療開始前

閉経状況	(前・後・不明)		
病期	T	N	M
	Stage _____		

手術記録

手術日	20 年 月 日		
手術時年齢	歳		
手術術式	乳房	<input type="checkbox"/> 乳房部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房切除 <input type="checkbox"/> SSM <input type="checkbox"/> NSM	
	腋窩	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節郭清	
	再建	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> SBI <input type="checkbox"/> 自己組織(LD/ DIEP/その他)	
病理	pT	_____ cm	pN _____ / _____
	ER (+・-) PgR (+・-)		
	HER2 IHC (0・1+・2+・3+)		
	FISH / CISH (陰性・陽性)		
	NG (1・2・3) HG (1・2・3) Ki67 _____ %		
	断端 (陰性・近接・陽性)		
OncotypeDX RS: _____			
備考	_____ _____ _____		

放射線療法

部位	<input type="checkbox"/> 温存乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 領域リンパ節
総線量・回数	_____
期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
備考	_____ _____ _____

内分泌治療

レジメン	<input type="checkbox"/> リュープリン <input type="checkbox"/> ゾラデックス
	<input type="checkbox"/> タモキシフェン <input type="checkbox"/> トレミフェン
	<input type="checkbox"/> アナストロゾール <input type="checkbox"/> レトロゾール
	<input type="checkbox"/> エキセメスタン
	<input type="checkbox"/> その他(_____)
	<input type="checkbox"/>
内容	_____
投与開始日	20 年 月 日
予定期間	_____
備考	_____ _____ _____



診療予定表

名 前：_____

治療病院ID：_____

必須
 任意
 服用がある場合チェック

2年3ヶ月 2年6ヶ月 2年9ヶ月 3年
(治療病院または
かかりつけ医にて) 3年3ヶ月 3年6ヶ月 3年9ヶ月 4年
(治療病院または
かかりつけ医にて)

受診年月日 20 / / 20 / / 20 / / 20 / / 20 / / 20 / / 20 / / 20 / /

診察	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
乳房US/MG								
・MG				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
・US		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
採血		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
骨密度 (AI内服中のみ)				<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
内服確認 (ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LH-RH注射施行日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /

<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院	<input type="checkbox"/> 治療病院
<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他

コメント
(説明・指導)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

サイン

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



自由記載欄 (患者さん用)

年月日	メモ



年月日	メモ



自由記載欄 (患者さん用)

年 月 日	メ モ



年 月 日	メ モ



自由記載欄（患者さん用）

年 月 日	メ モ

この連携手帳の使い方について

患者さんへ

- 連携手帳を受け取ったら、3～4ページの各項目をご記入ください。
- 医療機関を受診される際は、必ずこの連携手帳をお持ちください。
- 25ページ以降の自由記載欄は、ご自由にご記入ください。
- 連携手帳に関するお問い合わせは、治療病院へご連絡ください。

治療病院の主治医へ

- 患者さんにお渡しする前に、5～8ページをご記入ください。

かかりつけ医および治療病院の主治医へ

- 9ページ以降に診療内容をご記入ください。簡単な記載で結構です。
- お互いに伝達が必要な場合は、19ページ以降の通信欄にご記入ください。

