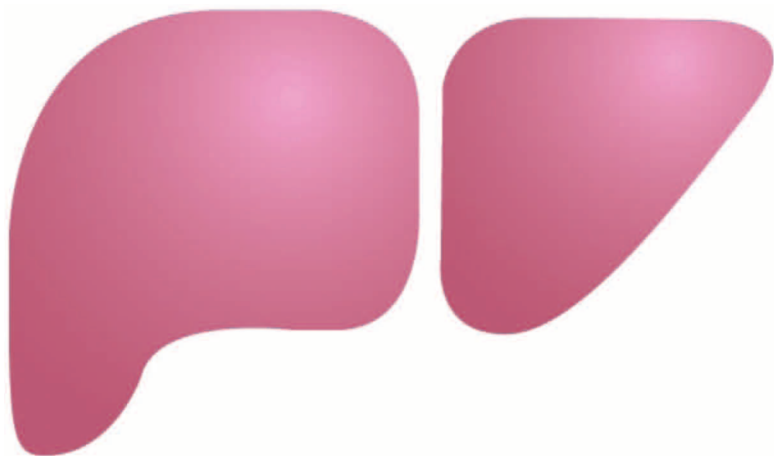


神奈川県医療連携手帳

肝がん



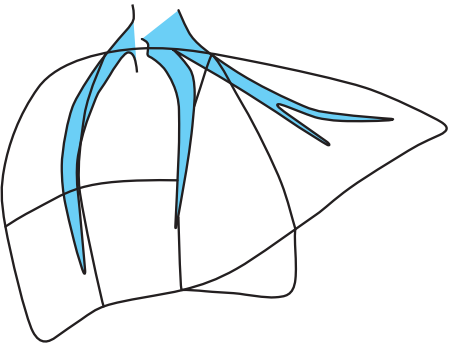
患者情報(医療連携手帳 肝がん)

患 者	ふりがな：			男 ・ 女	
	氏 名			M・T・S・H 年 月 日生 歳	
入 院 時 情 報	入 院 日	平成 年 月 日	発 症 日	平成 年 月 日	
	身 長	cm	体 重	kg	
	飲 酒 歴		ア レ ル ギ ー 歴		
	禁 忌 薬		内 服 薬		
	併発疾患	なし ・ あり 【 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脳血管疾患 ・ 心疾患 ・ 腎疾患 ・ その他（ ）】			
	既 往 歴		発症部位 (癌取扱い規 約・分類、 組織型など)		
	I C G - R 15	%	P S	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
	肝障害の 病 因	☐ HBV ☐ HCV ☐ アルコール ☐ その他()	Child- P u g h 分 類	☐ A(5～6点) ☐ B(7～9点) ☐ C(10～15点) 【 点】	
肝障害度	☐ A ☐ B ☐ C	最 大 径	cm		

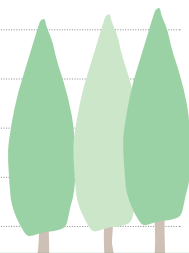
平成 年 月 日

紹 介 元
医療機関名

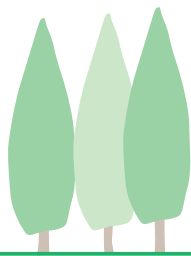
医師名

入院中の経過	手術日	平成 年 月 日					
	術式						
	リンパ節郭清	☐ なし ☐ あり					
	内科的治療	☐ TACE（薬剤： ） ☐ RFA ☐ PEIT ☐ その他（ ）					
	Stage	I II III IVA IVB					
	経過						
	入院中の化学療法歴	開始日	プロトコール名	投与量	コース	回数	行われた支持療法
退院時情報	退院日	平成 年 月 日					
	副作用歴	☐ なし ☐ あり（薬剤： ）					
						退院後の経過観察の要点	
	今後の治療 （処方内容）						

連携元病院医師 退院時の特記事項



連携元病院医師
自由記載欄



連 絡 先

連携元病院	病院名／科名	
	主 治 医 名	
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	診察券番号	
	備 考	
かかりつけ医療機関	病院名／科名	
	主 治 医 名	
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	診察券番号	
	備 考	
その他医療機関	病院名／科名	
	主 治 医 名	
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	診察券番号	
	備 考	
かかりつけ薬局	薬 局 名	
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	内 服 薬	
	備 考	

その他：

地域連携クリティカルパス

1-1

(医療連携手帳)

あなたの治療経過を共有できる地域連携クリティカルパス(医療連携手帳)を活用し、かかりつけ医療機関医師と連携元病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

肝がんの術後は定期的な通院、検査で再発の早期発見をすることと、肝機能を悪化させないことが重要です。

医療連携手帳を利用することにより、がん患者さんが治療を受けた後、連携元病院とかかりつけ医療機関が患者さんの診療計画、検査結果、治療経過を共有することにより、安心・安全で質の高い医療を切れ目なく提供することができます。

医師は、この手帳を利用することが患者さんの療養生活や診療方針に役立つと考える場合、利用をお勧めし、関係する医療機関、患者さんやご家族と相談しながら運用を進めます。なお、患者さんからの使用中の変更・中止の申し出にも応じます。

十分な機能回復が果たせますように、医療者のみならず手術を受けられた方・ご家族の方々のご理解・ご協力をお願いします。

(この医療連携手帳は、東京都医療連携手帳を基に作成しています。)

地域連携クリティカルパス

1-2

かかりつけ医と連携元病院の医師の役割

【かかりつけ医の役割】

- 病気の予防・日常の健康管理を行います。（生活習慣病などの管理は、身近なかかりつけ医が必要です）
- 専門的治療（連携元病院や他の医療機関・専門病院への受診）の必要性を判断します。
- 風邪など一般的な病気のことやちょっとした心配ごとなどが気軽に相談できます。

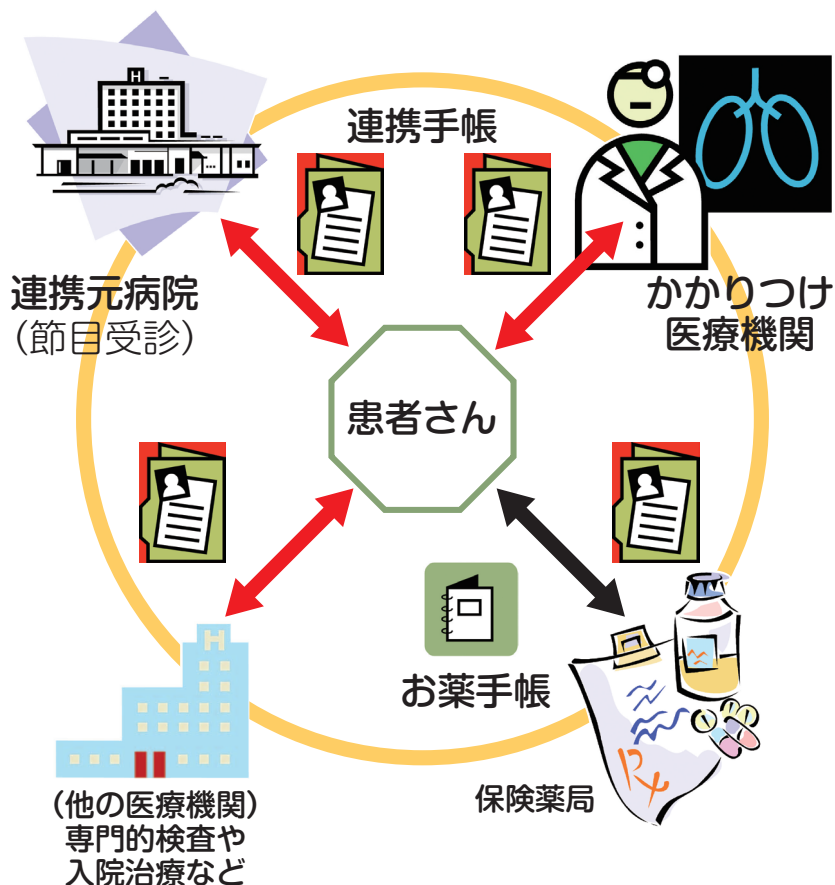
【連携元病院の医師の役割】

- 定期的な診療を行います。（かかりつけ医と情報交換しながら、年に1回以上の診察）
- 専門的な検査・診察・入院治療・手術を行います。
- 緊急を要する場合、必要な対応を行います。

地域連携クリティカルパス

1-3

医療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



患者さんへ

2-1

肝がん(肝細胞がん)の多くは慢性肝炎・肝硬変に発生します。がんを根治的に治療しても、3年で50～70%の再発を認めます。しかし、再発しても肝機能が保たれていて個数が限られていれば、再度の根治的治療が可能です。そのため、一定のスケジュールにしたがって再発の有無を確認する検査が必要となります。

また、肝機能が悪化すると腹水が貯留したり、黄疸が出たり、食道静脈瘤から出血する危険性があります。したがって、肝機能検査や内視鏡検査も行う必要があります。

かかりつけ医療機関や連携元病院で診察を受けていただき、肝機能の変化やがん再発の有無を確認してください。

病状が落ち着いている時の投薬や日常の診療はかかりつけ医療機関が行い、専門的な治療や定期的な検査は治療を施行した連携元病院が行います。

他の病気で別の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒にこの手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます(8ページの図参照)。

患者さんへ

2-2

●注意点

○風邪を引いたら？：

ちょっとしたケガや日常の相談は、まず、かかりつけ医療機関にご相談ください。必要に応じて治療を施行した連携元病院を受診していただきます。

○食事について：

慢性肝炎や肝硬変の方は塩分のとりすぎに注意してください。アルコール摂取は肝機能を悪化させ、肝がん発生の危険性を増加させるので控えてください。

○内服薬について：

薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。

○体重測定：

肝がん治療後は腹水や胸水が貯留しやすくなります。外見上は変化がなくても体重の変化で気付くことがあります。毎日決まった時間に体重を計り記録しておくといでしょう。診察時には前もって所定の欄に体重を記入しておいて下さい。

○緊急時の連絡について：

休日や夜間等、かかりつけ医に連絡が取れない場合は、連携元病院までご連絡ください。

かかりつけ医療機関の 先生へ

3-1

○「神奈川県医療連携手帳」について

この手帳は、治療を施行した連携元病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

本手帳を持参された患者さんに対しては連携元病院医師とかかりつけ医療機関医師が協力しながら検査等を行えるように診察検査予定を組んで頂けるようお願いいたします。

また、患者さんは肝障害に伴う疾患を併発することがあります。食道静脈瘤、高アンモニア血症、消化性潰瘍、糖尿病など比較的症状が露呈しにくい病態についても定期的な診察の中でご配慮いただけますようお願いいたします。

かかりつけ医療機関の 先生へ

3-2

○肝がんについて

肝がん(肝細胞がん)は肺、胃、大腸に続いて4番目に多いがんです。肝がんの9割以上は肝炎ウイルスの感染(8割がHCV、1.5割がHBV)が原因で、HCV持続感染者は慢性肝炎で年率0.5～5%、肝硬変で年率6～8%、HBV肝硬変で年率2.5～3%の頻度で肝がんを発症すると言われています。

本邦における診断と治療の基本的指針である「科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン2005年版」(金原出版、2005)では、C型慢性肝炎、B型慢性肝炎、肝硬変を肝がんの高危険群としています。さらに男性、高齢、アルコール多飲の因子が加わると超高危険群となり、肝がんのサーベイランスとして3～4か月毎の超音波検査、血液検査(PIVKA-II、AFP、AFP-L3分画)、6～12か月毎のCT／MRI検査を推奨しています。

多中心性発癌による新たな肝がんの発生と転移性再発のために肝がん治療後の再発率は高く、年20～30%、5年間で80%に達すると言われています(日本肝臓学会編：肝癌診療マニュアル、医学書院、2007)。したがって、肝がん治療後のフォローアップにおいては、超危険群のサーベイランス以上の綿密な検査が不可欠です。

ご不明な点は、連携元病院までお問い合わせください。

診察検査予定表(肝がん術後)

●：連携元の病院で施行 ○：連携先のかかりつけ医で施行

術 後 経 過	1 か 月	2 か 月	3 か 月	4 か 月	5 か 月	6 か 月	7 か 月	8 か 月	9 か 月	10 か 月	11 か 月	1 年
手術年月日 (/ /)												
受診予定年月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診 療 医 療 機 関	連 携 元	連 携 先	連 携 先	連 携 先	連 携 元	連 携 先	連 携 先	連 携 先	連 携 元	連 携 先	連 携 先	連 携 先
診 察	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○
血 液 検 査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C T	●				●				●			
M R I	●				●				●			
腹部超音波	●				●				●			
備 考												

診察検査予定表(肝がん術後)

●：連携元の病院で施行 ○：連携先のかかりつけ医で施行

術 後 経 過	1年1か月	1年2か月	1年3か月	1年4か月	1年5か月	1年6か月	1年7か月	1年8か月	1年9か月	1年10か月	1年11か月	2年	2年目以降
手術年月日 (/ /)													
受診予定年月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
診 療 医 療 機 関	連携元	連携先	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先	連携先	連携元または連携先の担当医とご相談ください
診 察	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	
血 液 検 査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
C T	●				●				●				
M R I	●				●				●				
腹部超音波	●				●				●				
備 考													

患者さん記入欄

1ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

2ヶ月目

受診日 年 月 日

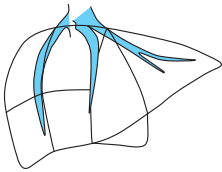
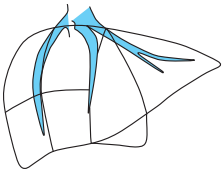
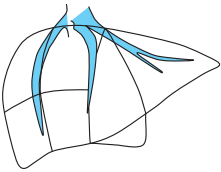
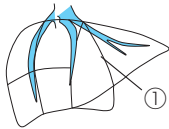
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

3ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-Bil			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①: 治療内容等 記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

患者さん記入欄

4ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

5ヶ月目

受診日 年 月 日

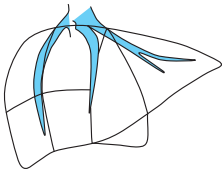
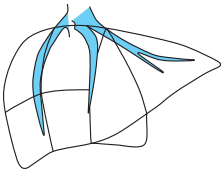
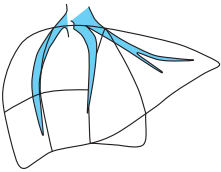
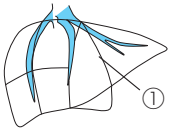
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

6ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-BiL			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①：治療内容等 記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

患者さん記入欄

7ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

8ヶ月目

受診日 年 月 日

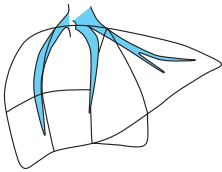
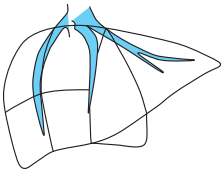
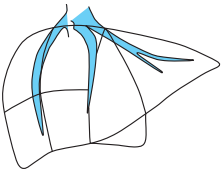
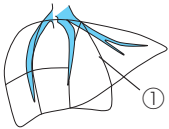
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

9ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-Bil			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①：治療内容等記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

患者さん記入欄

10ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

11ヶ月目

受診日 年 月 日

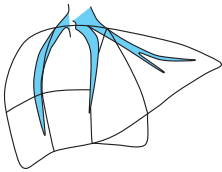
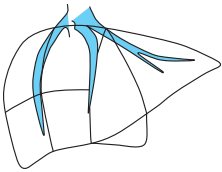
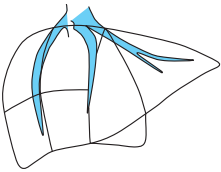
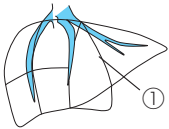
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

12ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		10ヶ月目	11ヶ月目	12ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-Bil			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①：治療内容等記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

患者さん記入欄

1年1ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年2ヶ月目

受診日 年 月 日

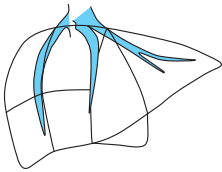
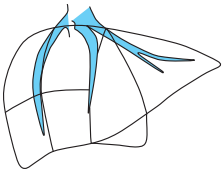
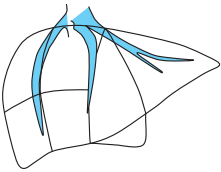
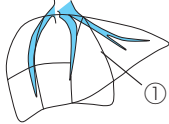
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年3ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		1年1ヶ月目	1年2ヶ月目	1年3ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-Bil			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①：治療内容等 記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

患者さん記入欄

1年4ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年5ヶ月目

受診日 年 月 日

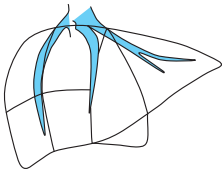
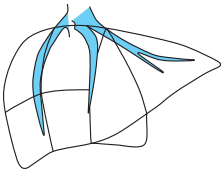
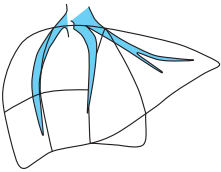
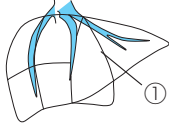
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年6ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		1年4ヶ月目	1年5ヶ月目	1年6ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-Bil			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①：治療内容等記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

患者さん記入欄

1年7ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年8ヶ月目

受診日 年 月 日

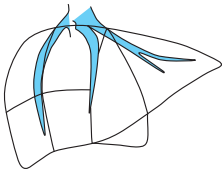
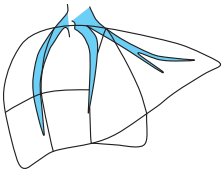
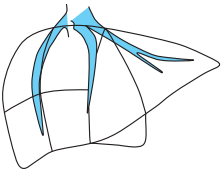
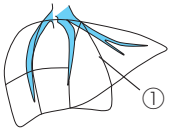
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年9ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		1年7ヶ月目	1年8ヶ月目	1年9ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-Bil			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①：治療内容等記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

患者さん記入欄

1年10ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年11ヶ月目

受診日 年 月 日

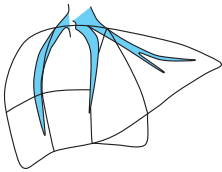
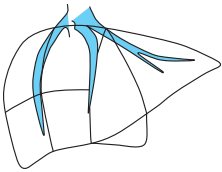
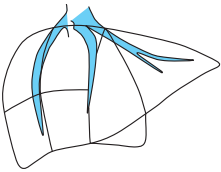
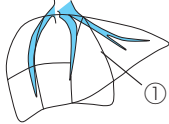
受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

1年12ヶ月目

受診日 年 月 日

受診医療機関： かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重 kg)
 気になる症状が出現したらご記入ください

◆地域連携診療計画書(肝がん)

初回入院の退院日から		1年10ヶ月目	1年11ヶ月目	1年12ヶ月目
診療医療機関		連携元・連携先	連携元・連携先	連携元・連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧				
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
	PT			
	PLT (血小板 ($10^4/\mu\ell$))			
	AST			
	ALT			
	T-Bil			
	ALB			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
記入例  ①: 治療内容等 記入。				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を最終ページのポケットに入れてください。

醫師 通信欄

[illegible]

醫師 通信欄

[illegible]

肝がん術後の医療連携に関する同意書

私は、_____ 病院の _____ 医師より、肝がん術後の地域連携クリティカルパスによる医療連携の説明を受けました。

連携先医療機関

_____ クリニック・医師・診療所・病院

_____ 先生
(連携元医療機関の医師が記入してください)

平成 年 月 日

_____ 病院 _____ 科

説明医師署名 _____

神奈川県医療連携手帳(肝がん)を保持し、神奈川県肝がん医療連携パスにのった連携診療を受けることに、

() 同意します。

() 同意しません。(いずれかに○をお願いします)

平成 年 月 日

患者さんご署名 _____

代 諾 者 署 名 _____ (続柄：)

2部をA4にコピーして、連携元病院と連携先医療機関(かかりつけ医)に1部ずつ渡します。

『神奈川県医療連携手帳』の使い方

あなたの治療経過を共有できる「医療連携手帳」を活用し、かかりつけ医療機関と連携元病院の医師が協力して、治療を行います。利用に際し、6ページ「地域連携クリティカルパス1-1」～12ページ「かかりつけ医療機関の先生へ3-2」をお読みください。

1) 連携元病院の先生

患者さんにお渡しする前に1～4ページ「患者情報」、「特記事項」、「自由記載欄」をご記入ください。標準的な「診察検査予定表」(13ページ)がありますので、患者さんへの説明の際にご利用ください。

同意書について：35ページの「肝がん術後の医療連携に関する同意書」の太線より上部の下線箇所すべてを記入してください。

そして、同意の上、太線より下部に患者さんから署名をいただいでください。

2) 患者さん

初めて手帳を受け取ったら、裏表紙の氏名欄と5ページ「連絡先」を記入してください。

医療連携に関する説明を受け、同意していただいた後、35ページの「肝がん術後の医療連携に関する同意書」の太線より下部に署名してください。

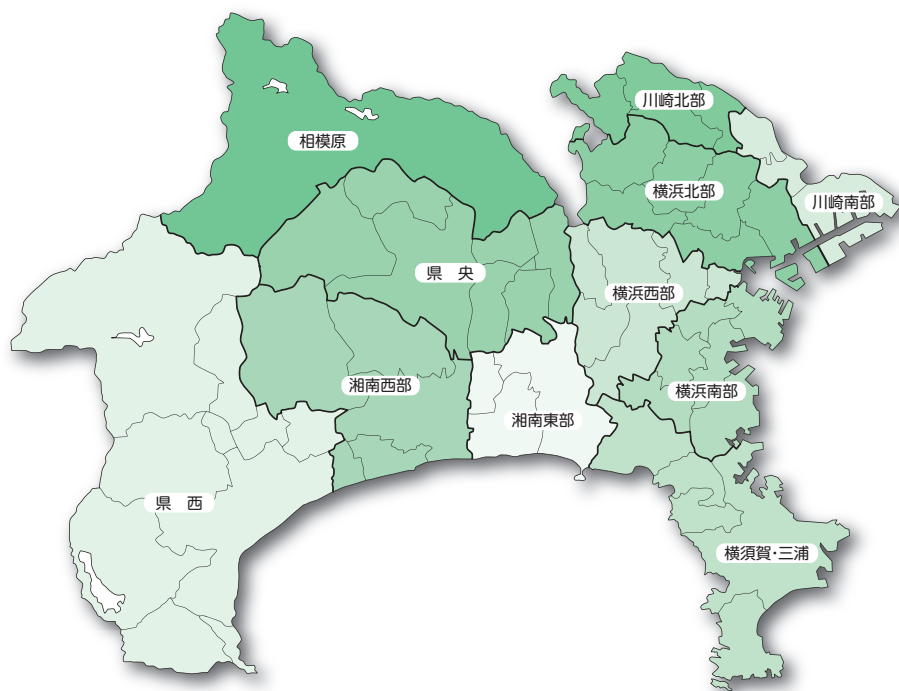
付属のファイルのポケットに2枚ずつ表が見えるように入れて、ご使用ください。

3) 15ページ以降の「患者さん記入欄」、「地域連携診療計画書」は患者さんと医師が協同で記入していきます。

○患者さんは、「患者さん記入欄」の「受診日」と「気になる症状」を記入して、受診時に持参してください。

○医師は、診察時に、「地域連携診療計画書」に検査結果や所見などを記入してください。双方の医師間で伝達が必要な場合など、「医師通信欄」に記入してください。

採血・腫瘍マーカーの検査結果などは、最終ページのポケットにて保管してください。2年を超えて利用する場合は、説明内容ページ(6～12ページ)等をまとめて入れ、空いたポケットを活用してください。



神奈川県がん診療連携協議会
(社)神奈川県医師会
神奈川県

お名前

様