

連携ノート



名前

がん診療連携拠点病院
○○○○病院

乳がん術後地域連携パス もくじ

地域連携パスとは

私の診療情報

手術について

決定した連携機関の一覧

乳がん治療に関する連携計画書

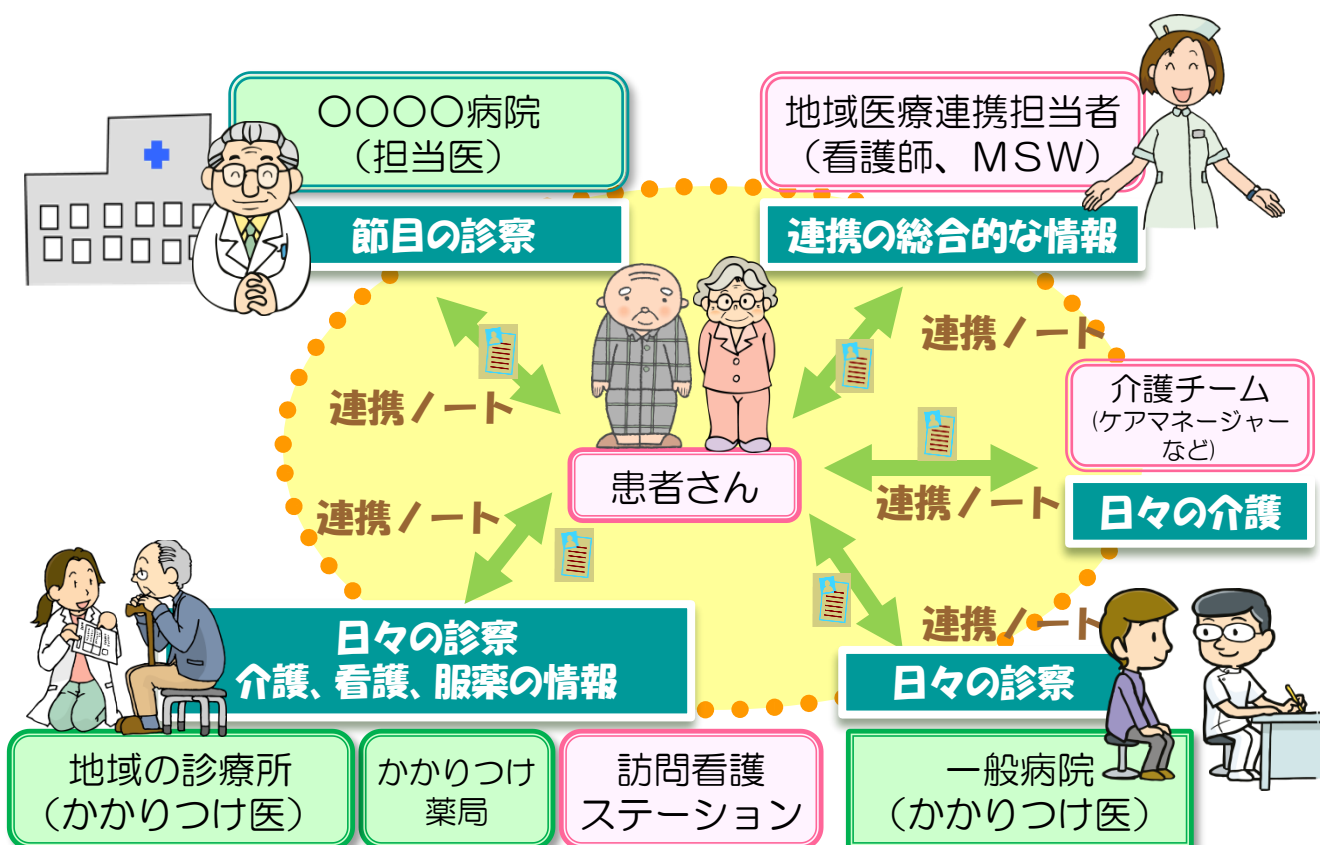
患者さん用自己チェックシート

患者さん用メモ

連携ノートの使い方

地域連携クリティカルパスとは

地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と〇〇〇〇病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と〇〇〇〇病院の医師が協力してあなたの治療を行います。



この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と〇〇〇〇病院が協力し、患者さんの視点に立って安心して質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。

私の診療情報

記載日 年 月 日

名前

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所

電話

緊急連絡先電話番号

血液型 型 身長 cm 体重 kg

アレルギー・今までにかかった病気

- アレルギー性疾患 ()
- 心臓の病気 ()
- 腎臓の病気 ()
- 肝臓の病気 ()
- 消化器の病気 ()
- その他 ()

介護情報について

決定した連携医療機関の一覧

かかりつけ医

(電話 — —)

調剤薬局

(電話 — —)

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等

(電話 — —)

連携病院

(電話 — —)

婦人科検診医

(電話 — —)

骨密度検査実施医療機関

(電話 — —)

〇〇〇〇病院

担当医 ()

(電話： 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 地域医療連携室)

乳がん治療に関する連携計画書(1・2年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	
		手術から	年			
			3か月後	6か月後	9か月後	
不要な部分は斜線		年 月 日	年 月 日	年 月 日		
診察	問診	手術日 ()年	●	●	●	
	視触診		●	●	●	
	患側上肢の観察		●	●	●	
検査	マンモグラフィ	()月				
	乳腺エコー	()日		□		
	腹部エコー		症状があれば必要に応じて実施します			
	胸部X線	退院日	症状があれば必要に応じて実施します			
	CT	()年	症状があれば必要に応じて実施します			
	骨シンチ	()月	症状があれば必要に応じて実施します			
	腫瘍マーカー	()日		□		
	血液検査			□		
注射	卵巣機能抑制剤	□1ヶ月製剤	連携パス	□	□	
		□3ヶ月製剤	の説明日	この注射を打たれる場合は、毎月来院して注射します		
		□6ヶ月製剤	()年	□	□	□
処方	□抗エストロゲン剤 ノルバデックス、フェアストン	()月	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤 アリミデックス、フェマール、アロマシン	()日	□	□	□	
	□その他()		□	□	□	
その他	□ハーセプチン ※		□	□	□	
	婦人科検診(近隣へ)					
	骨密度の検査					

※ハーセプチンを投与中の患者さんは3ヶ月毎に心エコーを実施いたします

●必ず実施します □必要に応じて実施します

〇〇〇〇病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
年	年			
12ヶ月後	3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヵ月後
年	年	年	年	年
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●				●
●		□		●
症状があれば必要に応じて実施します				
症状があれば必要に応じて実施します				
症状があれば必要に応じて実施します				
症状があれば必要に応じて実施します				
□		□		□
□		□		□
□	□	□	□	□
この注射を打たれる場合は、毎月来院して注射します				
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

乳がん治療に関する連携計画書(3・4年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	
		手術から	年			
			3か月後	6か月後	9か月後	
不要な部分 は斜線		年 月 日	年 月 日	年 月 日		
診察	問診	手術日 ()年	●	●	●	
	視触診		●	●	●	
	患側上肢の観察		●	●	●	
検査	マンモグラフィ	()月				
	乳腺エコー	()日		□		
	腹部エコー		症状があれば必要に応じて実施します			
	胸部X線	退院日	症状があれば必要に応じて実施します			
	CT	()年	症状があれば必要に応じて実施します			
	骨シンチ	()月	症状があれば必要に応じて実施します			
	腫瘍マーカー	()日		□		
	血液検査			□		
注射	卵巣機能 抑制剤	連携パス の説明日	□	□	□	
		□1ヶ月製剤	この注射を打たれる場合は、毎月来院して注射します			
		□3ヶ月製剤	()年	□	□	□
		□6ヶ月製剤	()年	□	□	□
処方	□抗エストロゲン剤 ノルバデックス、フェアストン	()月	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤 アリミデックス、フェマーラ、アロマシン	()日	□	□	□	
	□その他()		□	□	□	
その他	□ハーセプチン ※		□	□	□	
	婦人科検診(近隣へ)					
	骨密度の検査					

※ハーセプチンを投与中の患者さんは3ヶ月毎に心エコーを実施いたします

●必ず実施します □必要に応じて実施します

〇〇〇〇病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
年	年			
12ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	12ヶ月後
年	年	年	年	年
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●				●
●		□		●
症状があれば必要に応じて実施します				
症状があれば必要に応じて実施します				
症状があれば必要に応じて実施します				
症状があれば必要に応じて実施します				
□		□		□
□		□		□
□	□	□	□	□
この注射を打たれる場合は、毎月来院して注射します				
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

乳がん治療に関する連携計画書(5年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
		手術から	年		
			3か月後	6か月後	9か月後
不要な部分 は斜線		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
診察	問診	手術日 ()年	●	●	●
	視触診		●	●	●
	患側上肢の観察		●	●	●
検査	マンモグラフィ	()月			
	乳腺エコー	()日		□	
	腹部エコー	退院日 ()年	症状があれば必要に応じて実施します		
	胸部X線		症状があれば必要に応じて実施します		
	CT		症状があれば必要に応じて実施します		
	骨シンチ	()月	症状があれば必要に応じて実施します		
	腫瘍マーカー	()日		□	
	血液検査			□	
注射	卵巣機能抑制剤	連携パス の説明日	□	□	□
		□1ヶ月製剤	この注射を打たれる場合は、毎月来院して注射します		
		□3ヶ月製剤	()年	□	□
	□6ヶ月製剤	()年	□	□	□
処方	□抗エストロゲン剤 ノルバデックス、フェアストン	()月	□	□	□
	□アロマターゼ阻害剤 アリミデックス、フェマーラ、アロマシン	()日	□	□	□
	□その他()		□	□	□
その他	□ハーセプチン ※		□	□	□
	婦人科検診(近隣へ)				
	骨密度の検査				

※ハーセプチンを投与中の患者さんは3ヶ月毎に心エコーを実施いたします

●必ず実施します □必要に応じて実施します

〇〇〇〇病院
年
12ヶ月後
年
月 日
●
●
●
●
●
症状があれば必要に応じて実施します
症状があれば必要に応じて実施します
症状があれば必要に応じて実施します
症状があれば必要に応じて実施します
□
□
□
この注射を打たれる場合は、毎月来院して注射します
□
□
□
□
□
□
□
□ 要 □ 不要
□ 要 □ 不要

メ モ

上記の受診日はおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

術後連携パス自己チェックシート

自己チェック項目					
		/	/	/	/
症状(異常)の有無(1) ※何らかの症状がある場合は下記項目に ○または△印をつけてください		有・無	有・無	有・無	有・無
副作用	関節の痛みがある				
	不正出血がある				
	おりものが増え、かゆみがある				
	ほてり、発汗がある				
	発疹があり、かゆみがある				
	吐き気・嘔吐がある				
	食欲不振				
	体重増加がある				
自己検診	患側の腕にむくみがある				
	腕があがらないことがある				
	腕をあげると痛みがある				
	手術の傷の周囲に赤み、熱感がある				
	乳房にしこりがある				
	乳房の痛みがある				
症状など (2)	脇の下に固いものがふれる				
	上記以外の痛み				
	不眠				
	不安				
その他	気持ちのつらさ				

記入方法 (1) 症状(異常)「有」と答えられた方は、該当する症状についてお答えください。

○→常に感じる △→ときどき感じる

患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師の コメント

連携ノートの使い方

- 連携ノートには、以下の内容が綴られています。

1. 私の診療情報
2. 決定した連携医療機関の一覧と連絡先
3. 地域連携計画書（患者さん用連携パス）
 - ・ 5年～10年先までの診療の計画をたてたものです。
 - ・ 「いつ・どこを受診するのか」といった予定が一目でわかるほか、検査結果なども記入できるようになっています。
4. 自己チェックシート（任意）
 - ・ 患者さんの手術後の体の状態をチェックする用紙です。
5. おくすり手帳（任意）

- 患者さんの状態や思いは「連携ノート」を通して情報交換を行います。
- 連携ノートは、患者さんと医療機関が連携して患者さん中心の治療を切れ目なく続けるための貴重な資料です。
- 患者さんの個人情報が含まれますので、患者さんご自身でしっかりと管理していただく必要があります。

連携の総合
的な情報

看護、介護、
服薬の情報



日々の診察

節目の診察

* 医療機関を受診される際には
忘れずお持ちください

ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医（連携医）にご相談ください。かかりつけ医（連携医）から当院への円滑な受診が可能になっております。

かかりつけ医（連携医）

TEL：

連携病院

TEL：

〇〇〇〇病院

TEL：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇

平日（△:△△-△:△△）：地域医療連携室

平日時間外（△:△△-△:△△）及び土、日、祝祭日：日直/夜間当直