

連携ノート



名 前

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

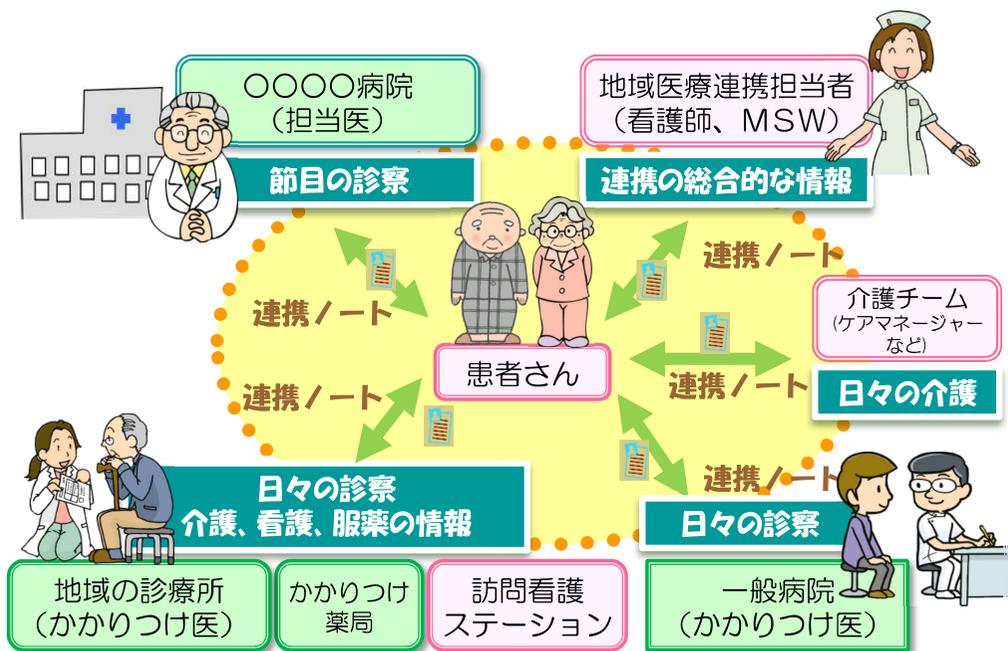
患者さん用自己チェックシート

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、「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。

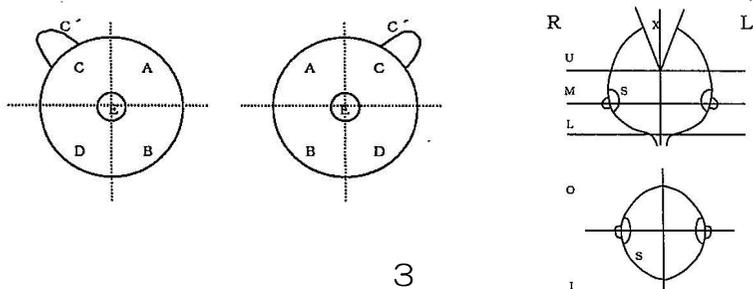
私の診療情報

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					
<input type="checkbox"/> アレルギー性疾患()					
<input type="checkbox"/> 心臓の病気()					
<input type="checkbox"/> 腎臓の病気()					
<input type="checkbox"/> 肝臓の病気()					
<input type="checkbox"/> 消化器の病気()					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
介護情報について					

手術について

治療経過	手術日	()年()月()日	退院日	()年()月()日
	月経状況	<input type="checkbox"/> 閉経前 <input type="checkbox"/> 閉経後 ()歳頃に閉経		
	感染症	HBsAg (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HCVAb (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) 梅毒WaR (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)		
	原発部位	下図に記入		
	組織学的分類	<input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> DCIS その他()		
	TNM分類	T() N() M()		
	臨床病期	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV		
	核グレード	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3	Ki67	%
	組織的グレード	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3		
	術式	<input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 (<input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 乳頭温存 <input type="checkbox"/> 皮膚温存) 一次乳房再建 : <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 自家組織) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	病理組織学的腫瘍径	(×)mm (断端 : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (乳管内進展 : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (脈管浸潤 : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)		
	腋窩リンパ節	センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 SLN(/) <input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節郭清実施 腋窩リンパ節転移(/)		
	化学療法	<input type="checkbox"/> 術前 ⇒レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 術後 ⇒レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月		
術後放射線療法	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 ⇒ Gy/ 期間: 年 月 ~ 年 月 部位 <input type="checkbox"/> 全乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 領域リンパ節			
ホルモン受容体	ER <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 非実施 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1%未満 <input type="checkbox"/> 1~9% <input type="checkbox"/> 10~49% <input type="checkbox"/> 50%以上) PgR <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 非実施 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1%未満 <input type="checkbox"/> 1~9% <input type="checkbox"/> 10~49% <input type="checkbox"/> 50%以上)			
HER2発現状況	IHC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 非実施 FISH <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 非実施			
薬剤処方 (スケジュール)	<input type="checkbox"/> リュープリン3.75(1M) (年 月まで) <input type="checkbox"/> ゾラデックス3.6(1M) (年 月まで) <input type="checkbox"/> リュープリンSR 11.25(3M) (年 月まで) <input type="checkbox"/> ゾラデックスLA10.8(3M) (年 月まで) <input type="checkbox"/> リュープリンPRO 22.5(6M) (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> タモキシフェン (年 月から) <input type="checkbox"/> トレミフェン (年 月から)			
	<input type="checkbox"/> アナストロゾール (年 月から) <input type="checkbox"/> エキセメスタン (年 月から)			
	<input type="checkbox"/> レトゾール (年 月から) <input type="checkbox"/> アペマシクリブ (年 月から)			
	<input type="checkbox"/> オラパリブ (年 月から) <input type="checkbox"/> TS-1 (年 月から)			
	<input type="checkbox"/> トラスツズマブ (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> ペルツズマブ (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> トラスツズマブエムタンシン (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> ペムプロリズマブ (年 月まで) 投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
その他 (合併症など)				



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 - -)

かかりつけ歯科医

(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			
			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 (1,3,6)ヶ月製剤	連携パスの説明日	□	□	□
			1ヶ月製剤を打たれる場合は、毎月来院して注射します		
処方	□ 抗エストロゲン剤 タモキシフェン、トレミフェン	()年 ()月 ()日	□	□	□
	□ アロマトラーゼ阻害剤 アナストロゾール、レトロゾール、 エキセメスタン		□	□	□
	□ その他()		□	□	□
その他	婦人科検診(近隣へ)				
	骨密度の検査				

●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
1年				
12ヶ月後	3か月後	6か月後	9か月後	12か月後
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●				●
□		□		□
症状があれば必要に応じて実施します				
□		□		□
□		□		□
□	□	□	□	□
1ヶ月製剤を打たれる場合は、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	2年		
			3カ月後	6カ月後	9カ月後
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, 3, 6)ヶ月製剤	連携パスの説明日	□	□	□
			1ヶ月製剤を打たれる場合は、毎月来院して注射します		
処方	□ 抗エストロゲン剤 タモキシフェン、トレミフェン	()年 ()月 ()日	□	□	□
	□ アロマターゼ阻害剤 アナストロゾール、レトロゾール、 エキセメスタン		□	□	□
	□ その他()		□	□	□
その他	婦人科検診(近隣へ)				
	骨密度の検査				

●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
2年	3年			
12ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	12ヶ月後
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●				●
□		□		□
症状があれば必要に応じて実施します				
□		□		□
□		□		□
□	□	□	□	□
1ヶ月製剤を打たれる場合は、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	4年		
			3カ月後	6カ月後	9カ月後
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, 3, 6)ヶ月製剤	連携パスの説明日	□	□	□
処方	□ 抗エストロゲン剤 タモキシフェン、トレミフェン	()年 ()月 ()日	□	□	□
	□ アロマターゼ阻害剤 アナストロゾール、レトロゾール、 エキセメスタン		□	□	□
	□ その他()		□	□	□
その他	婦人科検診(近隣へ)				
	骨密度の検査				

●必ず実施します □必要に応じて実施します

〇〇〇〇病院
4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
□
□
□
□
□
□
□ 要 □ 不要
□ 要 □ 不要

メモ

上記の受診日はおおまかなめです。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・その他の検査を行います。

乳がん治療に関する連携計画書 (6年め)

		施設	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
		手術から	5年	
			6ヵ月後	12ヶ月後
不要な部分は斜線		年	年	年
		月 日	月 日	月 日
診察	問診	●	●	●
	視触診	●	●	●
	患側上肢の観察	●	●	●
検査	マンモグラフィ			●
	乳腺エコー	□		□
	腹部エコー	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	
	胸部X線	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	
	CT	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	
	骨シンチ	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	
	腫瘍マーカー	□		□
血液検査	□		□	
処方	□ 抗エストロゲン剤 タモキシフェン、トレミフェン	□		□
	□ アロマターゼ阻害剤 アナストロゾール、 レトロゾール、 エキセメスタン	□		□
	□ その他()	□		□
その他	婦人科検診(近隣へ)			□ 要 □ 不要
	骨密度の検査			□ 要 □ 不要

●必ず実施します □必要に応じて実施します

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・その他の検査を行います。

乳がん治療に関する連携計画書 (7年め)

		施設	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
		手術から	6年	
			6ヵ月後	12ヶ月後
不要な部分は斜線		年	年	年
		月 日	月 日	月 日
診察	問診	●	●	●
	視触診	●	●	●
	患側上肢の観察	●	●	●
検査	マンモグラフィ			●
	乳腺エコー	□		□
	腹部エコー	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	
	胸部X線	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	
	CT	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	
	骨シンチ	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	
	腫瘍マーカー	□		□
血液検査	□		□	
処方	□ 抗エストロゲン剤 タモキシフェン、トレミフェン	□		□
	□ アロマターゼ阻害剤 アナストロゾール、 レトロゾール、 エキセメスタン	□		□
	□ その他()	□		□
その他	婦人科検診(近隣へ)			□ 要 □ 不要
	骨密度の検査			□ 要 □ 不要

●必ず実施します □必要に応じて実施します

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・その他の検査を行います。

乳がん治療に関する連携計画書 (8年め)

		施設	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
		手術から	7年	
			6ヵ月後	12ヶ月後
		不要な部分 は斜線	年	年
		月 日	月 日	月 日
診察	問診	●	●	●
	視触診	●	●	●
	患側上肢の観察	●	●	●
検査	マンモグラフィ			●
	乳腺エコー	□		□
	腹部エコー	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	
	胸部X線	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	
	CT	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	
	骨シンチ	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	
	腫瘍マーカー	□		□
	血液検査	□		□
処方	□ 抗エストロゲン剤 タモキシフェン、トレミフェン	□		□
	□ アロマターゼ阻害剤 アナストロゾール、 レトロゾール、 エキセメスタン	□		□
	□その他()	□		□
その他	婦人科検診(近隣へ)			□ 要 □ 不要
	骨密度の検査			□ 要 □ 不要

●必ず実施します □必要に応じて実施します

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・その他の検査を行います。

乳がん治療に関する連携計画書 (9年め)

		施設	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
		手術から	8年	
			6ヵ月後	12ヶ月後
		不要な部分 は斜線	年	年
		月 日	月 日	月 日
診察	問診	●	●	●
	視触診	●	●	●
	患側上肢の観察	●	●	●
検査	マンモグラフィ			●
	乳腺エコー	□		□
	腹部エコー	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	
	胸部X線	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	
	CT	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	
	骨シンチ	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	
	腫瘍マーカー	□		□
	血液検査	□		□
処方	□ 抗エストロゲン剤 タモキシフェン、トレミフェン	□		□
	□ アロマターゼ阻害剤 アナストロゾール、 レトロゾール、 エキセメスタン	□		□
	□その他()	□		□
その他	婦人科検診(近隣へ)			□ 要 □ 不要
	骨密度の検査			□ 要 □ 不要

●必ず実施します □必要に応じて実施します

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・その他の検査を行います。

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

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