

連携ノート



名前.....

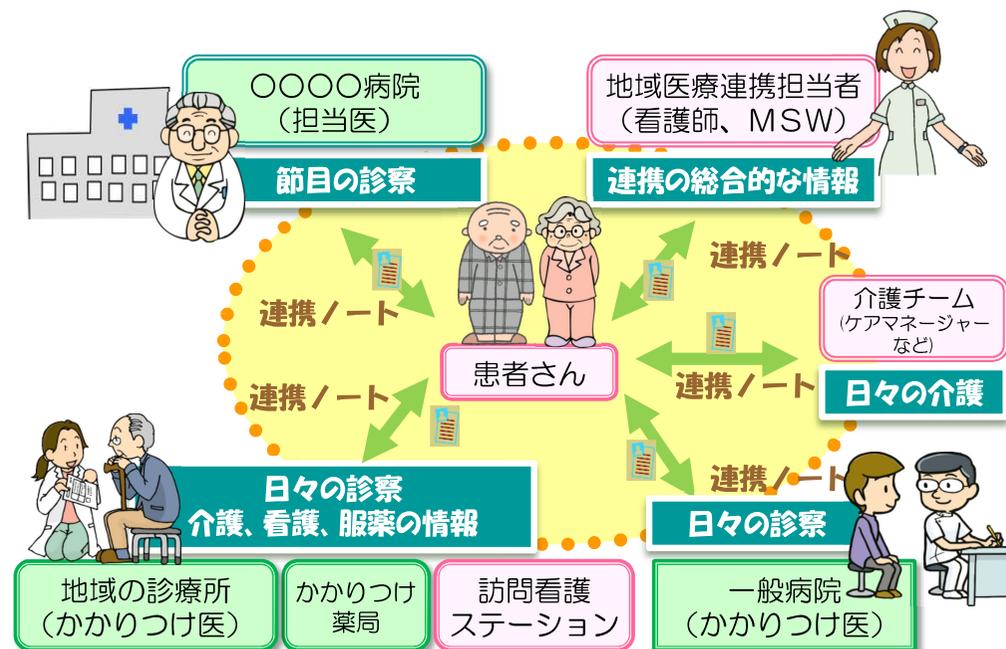
兵庫県がん診療連携拠点病院
〇〇〇〇病院

子宮体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
- 決定した連携医療機関の一覧
- 治療基本情報
- 子宮体がんの進行期
- 術後治療について
- 診察スケジュール
- 自己チェックシート
- 経過表
- 血液検査について
- 生化学・腫瘍マーカー検査について
- 患者さん用メモ
- 連携ノートの使い方

地域連携パスとは

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

お名前

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

計画策定病院・治療病院(専門医)手術を受けた病院です

〇〇〇〇病院

担当医 ()
担当医 ()

(電話: 000 - 000 - 0000 地域医療連携室)

連携医療機関(かかりつけ医)

〇〇〇〇医院

担当医 ()
担当医 ()

(電話: 000 - 000 - 0000)

調剤薬局等

(電話 - -)

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等

(電話 - -)

治療基本情報

パス開始年月日	令和 年 月 日
アレルギー歴	
禁忌薬	

入院時情報	入院日	令和 年 月 日	病名	子宮体癌
	退院日	令和 年 月 日		
	併発疾患		進行期	<input type="checkbox"/> IA 期
	既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症	組織型	<input type="checkbox"/> 類内膜腺癌
			組織グレード	<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2
浸潤径			mm 筋層の /	
閉経			<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 不明	

入院中の経過	手術日	西暦 年 月 日	
	術式	<input type="checkbox"/> 開腹手術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> ロボット支援下手術 <input type="checkbox"/> 単純子宮全摘術 <input type="checkbox"/> 準広汎子宮全摘術 <input type="checkbox"/> 広汎子宮全摘術 骨盤リンパ節郭清 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生検のみ <input type="checkbox"/> なし 傍大動脈リンパ節廓清 <input type="checkbox"/> あり (b1,b2) <input type="checkbox"/> あり (b2) <input type="checkbox"/> なし 卵巣摘出 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		輸血	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 自己血 <input type="checkbox"/> 同種血) <input type="checkbox"/> なし
		特記事項	

退院時情報	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名)
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)
	ホルモン補充療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名)
	退院時処方薬	

子宮体がんの進行期

子宮体がんの進行期は手術時の所見と切除された子宮・膣・卵巣・卵管・リンパ節の病理結果から決定されます。

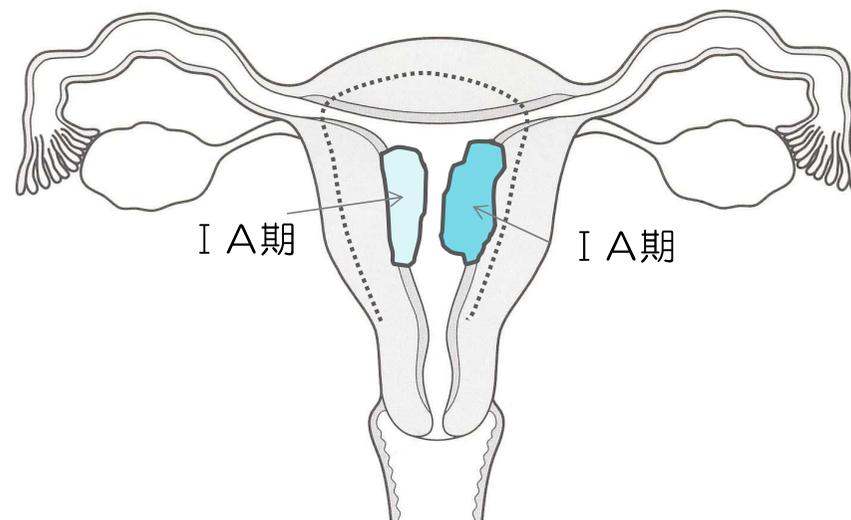
あなたの摘出標本の病理結果は、

(高分化型・中分化型)類内膜腺がん

筋層浸潤(なし・1/2以下)頸部間質浸潤なし

リンパ節転移は(郭清なし・陰性)です。

よって手術進行期は IA 期でした。
(日本産科婦人科学会2011・FIGO2008)



術後治療について

- 手術では病変部は肉眼的には全て切除されています。抗がん剤や放射線などの追加治療も不要です。
- しかし、術後経過中に再発をきたすことがあります。再発は進行期(ステージ)が高いほど頻度が高くなります。子宮体がんの I A期の再発のリスクはわずかです。
- この冊子には、術後検査や定期診察が要約して記載されていますので、記載されたスケジュールにそって、当院とかかりつけ医の先生の連携の上で診察・検査していきます。
- ただし、子宮体がんにおいては再発後の治療効果は期待できるものの治癒することは多くありません。しかし、比較的早期に再発の診断をつけ、適切な治療を受けることによるメリットはたくさんありますので、この冊子スケジュールにそって診察・検査を受けてください。

<注意>

術後の検査は、他の部位のがんなどを全て検査するものではありませんので、大腸がん・胃がんや乳がんなどの検査や通常健康診断も受けるようにしてください。

診療スケジュール1-2年

●は、計画策定病院(専門医)へ受診して検査します。
○は、連携医療機関(かかりつけ医)へ受診して検査します。

経過		1か月	3か月	6か月	9か月	1年	1年 3か月	1年 6か月	1年 9か月	2年
受診		●	●	●	○	●	○	●	○	●
臨床 症状	全身症状・下腹痛・ 性器出血等	●	●	●	○	●	○	●	○	●
	内診	●	●	●	○	●	○	●	○	●
検査	採血	●	●	●	○	●	○	●	○	●
	C T			●		●				●
	経膈超音波	●	●	●	○	●	○	●	○	●

診療スケジュール3-5年

●は、計画策定病院(専門医)へ受診して検査します。
○は、連携医療機関(かかりつけ医)へ受診して検査します。

経過		2年 6か月	3年	3年 6か月	4年	4年 6か月	5年
受診		○	●	○	●	○	●
臨床 症状	全身症状・下腹痛・ 性器出血等	○	●	○	●	○	●
	検査						
	内診	○	●	○	●	○	●
	採血	○	●	○	●	○	●
	C T		●		●		●
	経膈超音波	○	●	○	●	○	●

診療スケジュール6年～

●は、計画策定病院(専門医)へ受診して検査します。
○は、連携医療機関(かかりつけ医)へ受診して検査します。

経過		6年	7年	8年	9年	10年
受診		○	●	○	○	●
臨床 症状	全身症状・下腹痛・ 性器出血等	○	●	○	○	●
	検査					
	内診	○	●	○	○	●
	採血	○	●	○	○	●
	C T		▲			▲
	経膈超音波	○	●	○	○	●

▲は、必要に応じて検査します。

自己チェックシート（2年目）

医療機関を受診される前に自己チェックを記入してください
何か気になることがありましたらご自由にご記入ください

自己チェック項目	術後1年3か月	術後1年6か月	術後1年9か月	術後2年
記入日	月 日	月 日	月 日	月 日
下腹部痛がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
手術創部が痛い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不正性器出血がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
おりものが多い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
発熱・熱感がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
足の腫れ、むくみがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
足の痛みがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
外陰部のむくみがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
排尿困難がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
ほてり・発汗がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
イライラする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
食欲不振がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
体重増加がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不眠がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不安がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
その他				

経過表（2年目）

	1年3か月 (_月_日)	1年6か月 (_月_日)	1年9か月 (_月_日)	2年 (_月_日)
計画策定病院/連携医療機関	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 計画策定病院	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 計画策定病院
医療機関名				

症状があれば バリエンス	問診	下腹部痛	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
		不正性器出血	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
		発熱・熱感	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
		足の腫れ、痛み	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
		排尿困難	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
	診察	内診所見	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
		下肢リンパ浮腫	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
	検査	採血	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()			
		経腔超音波	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
	画像	CT				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
		バリエンス	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
	特記事項(経過記録)					
	診療情報の提供		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
	医師サイン					

自己チェックシート（3～5年目）

医療機関を受診される前に自己チェックを記入してください
何か気になることがありましたらご自由にご記入ください

自己チェック項目	術後2年6か月	術後3年	術後3年6か月	術後4年	術後4年6か月	術後5年
記入日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
下腹部痛がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
手術創部が痛い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不正性器出血がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
おりものが多い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
発熱・熱感がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
足の腫れ、むくみがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
足の痛みがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
外陰部のむくみがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
排尿困難がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
ほてり・発汗がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
イライラする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
食欲不振がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
体重増加がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不眠がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不安がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
その他						

経過表（3～5年目）

	2年6か月 (_月_日)	3年 (_月_日)	3年6か月 (_月_日)	4年 (_月_日)	4年6か月 (_月_日)	5年 (_月_日)
計画策定病院/連携医療機関	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 計画策定病院	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 計画策定病院	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 計画策定病院
医療機関名						

症状があれば バリエーション	問診	下腹部痛	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
		不正性器出血	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
発熱・熱感	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
足の腫れ、痛み	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
排尿困難	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
診察	内診所見	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常						
	下肢リンパ浮腫	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り						
検査	採血	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()						
	経膈超音波	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常						
画像	CT		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	バリエーション	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り						
特記事項 (経過記録)								
診療情報の提供	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
医師サイン								

自己チェックシート（6年目～）

医療機関を受診される前に自己チェックを記入してください
何か気になることがありましたらご自由にご記入ください

自己チェック項目	術後6年	術後7年	術後8年	術後9年	術後10年
記入日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
下腹部痛がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
手術創部が痛い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不正性器出血がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
おりものが多い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
発熱・熱感がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
足の腫れ、むくみがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
足の痛みがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
外陰部のむくみがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
排尿困難がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
ほてり・発汗がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
イライラする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
食欲不振がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
体重増加がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不眠がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
不安がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
その他					

経過表（6年目～）

	6年 （_月_日）	7年 （_月_日）	8年 （_月_日）	9年 （_月_日）	10年 （_月_日）
計画策定病院/連携医療機関	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 計画策定病院	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 計画策定病院
医療機関名					

症状があれば バリエーション	問診	下腹部痛	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
		不正性器出血	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
		発熱・熱感	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
		足の腫れ、痛み	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
		排尿困難	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
		診察	内診所見	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
	下肢リンパ浮腫		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	検査	採血	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()				
		経膈超音波	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常				
	画像	CT	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
		バリエーション	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	特記事項 (経過記録)						
	診療情報の提供		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	医師サイン						

血液検査 (CBC)について

白血球数(WBC):

身体の防御等に関係した血液中の細胞で、炎症性の病気などで増加します。

赤血球数(RBC):

貧血の診断に用います。

ヘモグロビン(Hb):

貧血の診断に用います。
(赤血球に含まれる重さの指標)

ヘマトクリット(Ht):

貧血の診断に用います。
(赤血球の割合、体積の指標)

血小板数(Plat):

出血を止める時に用いられます。血液の病気、肝機能障害などで増減します。抗がん剤治療中も低下に注意が必要です。

生化学・腫瘍マーカー検査

肝機能

AST(GOT): 酵素の一種で、肝機能障害や心筋梗塞で上昇します。

ALT(GPT): 酵素の一種で、肝機能障害などで上昇します。

γ-GTP: 酵素の一種で、肝機能障害、胆道の障害、過度の飲酒などで上昇します。

ALP: 酵素の一種で、肝臓や胆道系の病変で上昇します。また、くる病や骨軟化症などでも増加する事があります。

総ビリルビン: ヘモグロビンが分解されて出来る物質で黄疸の原因となります。肝臓病、胆道閉塞、溶血性貧血などで上昇します。

総蛋白: 血清中の蛋白の総量です。肝臓病や栄養障害で低下します。

アルブミン: 蛋白質の一種で、肝臓病や栄養障害で減少します。

腎機能

尿素窒素・クレアチニン: 蛋白質の老廃物でいずれも腎臓から尿中へ排出されます。腎臓機能が低下すると上昇します。

血清・炎症

CRP: 人体中に炎症が起こると増加する蛋白です。

腫瘍マーカー

CA125: 腫瘍マーカーのひとつです。卵巣がん、子宮体がん、肺がん、胃がんなどで上昇します。

CEA: 腫瘍マーカーのひとつです。大腸がんなどの腺がんなどで上昇します。

CA19-9: 腫瘍マーカーのひとつです。膵臓がんや卵巣がんなどで上昇します。

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

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・治療基本情報
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)
 - ・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診療スケジュールほか、診察や検査の結果を記入してもらう経過表があります。
4. 自己チェックシート
 - ・患者さんご自身で体の状態をチェックする用紙です。
5. 検査結果等の書類を一緒にファイルしてください。

- 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、まずは連携医療機関(かかりつけ医)にご相談ください。かかりつけ医から当院への円滑な受診が可能になっております。

連携医療機関(かかりつけ医)

〇〇〇〇医院

TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

計画策定病院・治療病院(専門医)

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