

# サバイバー手帳

(仮称)

〇〇〇〇〇〇病院

## サバイバー手帳とは

この手帳は、がん治療、心臓病、血管病に関してまとめるためのものです。

あなたのこれまでの治療が将来的な心臓病、血管病やほかの内科の病気に関連することがあると言われて  
います。

いま現在受けられている治療や、いままでがんばってこられた治療の影響で将来的に障害（病気）がで  
ることに備えて、できるかぎりご自分の治療内容をご自分で管理をすることが大切と考えています。

この手帳の使用法や記載内容に関してご不明なことがありましたら遠慮なくお尋ねください。

体調管理にこの手帳を役立てていただけますと幸いです。

### ※がんサバイバーとは？

がん治療の経験者だけでなく、がんと告知されたときから、がん治療中の方も含めて、がんとともに生き  
ていらっしゃる皆さまを「サバイバー（survivor）」と呼んでいます。（NCCN ガイドライン）

氏 名	
生年月日	
住 所	
電話番号	

### 目次

Page 1…サバイバー手帳とは

Page 1…がんサバイバーとは？

Page 2…かかりつけ医

Page 2…アレルギー情報など

Page 3…がん治療による心毒性、血管毒性

**かかりつけ医**があれば記載ください

内科	クリニックの名称： 主治医の先生の名前： クリニックの電話番号：
歯科	クリニックの名称： 主治医の先生の名前： クリニックの電話番号：
眼科	クリニックの名称： 主治医の先生の名前： クリニックの電話番号：
泌尿器科	クリニックの名称： 主治医の先生の名前： クリニックの電話番号：

**アレルギー情報など**

くすり：アレルギー あり・なし（○をつけてください）

(薬品名)	(アレルギーが出た日)	/	/
(薬品名)	(アレルギーが出た日)	/	/
(薬品名)	(アレルギーが出た日)	/	/

アルコール消毒：アレルギー あり・なし（○をつけてください）

採血禁止の指示（○をつけてください）

- なし
- ひだり腕
- みぎ腕

血圧測定禁止の指示（○をつけてください）

- なし
- ひだり腕
- みぎ腕

以下は、将来的に心臓病、血管病（脳血管を含む）など、あなたの命に関わる可能性があるがん治療です（**がん治療による心毒性、血管毒性**）。

✓をいれていただき、記載をしてください。

主治医または担当の薬剤師、看護師、ほかの医療従事者へ：★を記載ください

（注）ドキシルはドキソルビシン欄へ記載ください

くすりの治療（抗がん剤など）		★最終投与日
<input type="checkbox"/> アントラサイクリン系薬剤 ドキソルビシン（TACEは除く） ダウノルビシン ピラルビシン（膀胱内注入療法は除く） エピルビシン イダルビシン アクラルビシン アムルビシン ミトキサントロン	★累積投与（総投与）量	
	mg/m <sup>2</sup>	_____
	mg/m <sup>2</sup>	_____
	mg/m <sup>2</sup>	_____
	mg/m <sup>2</sup>	_____
	mg/m <sup>2</sup>	_____
	mg/m <sup>2</sup>	_____
	mg/m <sup>2</sup>	_____
	mg/m <sup>2</sup>	_____
<input type="checkbox"/> 免疫チェックポイント阻害薬 （薬剤名） （薬剤名）		_____
<input type="checkbox"/> 放射線治療 ひだり胸部・縦隔・そのほか		★治療日 _____

●血サラサラ（抗血小板剤、抗凝固剤）を飲んでいる、飲んでいない（ 年 月 日確認）

●心エコー検査（心臓超音波検査）の予定：

3ヶ月ごと 1-5年ごと そのほか

（最終心エコー検査施行日： / / LVEF %、GLS %）

以下は、心毒性には関わりは少ないと思われる治療です。

✓をいれていただき、記載をしてください。

主治医または担当の薬剤師、看護師、ほかの医療従事者へ：★を記載ください

外科的治療（手術）		リンパ節郭清
<input type="checkbox"/> 病名	術式	あり・なし
<input type="checkbox"/> 病名	術式	あり・なし
<input type="checkbox"/> 病名	術式	あり・なし
そのほか <input type="checkbox"/>		

いままでのがん治療 と いま受けられているがん治療（古いものから順番に記載ください）

	がんの病名と治療	病院
年 月 (あなたが 才のとき)		
年 月 (あなたが 才のとき)		
年 月 (あなたが 才のとき)		
年 月 (あなたが 才のとき)		
年 月 (あなたが 才のとき)		



- ・いままでに診断されたことのある心臓病、血管病
- ・いま受けている心臓病、血管病

<input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症または中性脂肪（脂質異常症） <input type="checkbox"/> 狭心症、心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 首の血管狭窄 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症（足の血管が細い） <input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症／肺動脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/>	