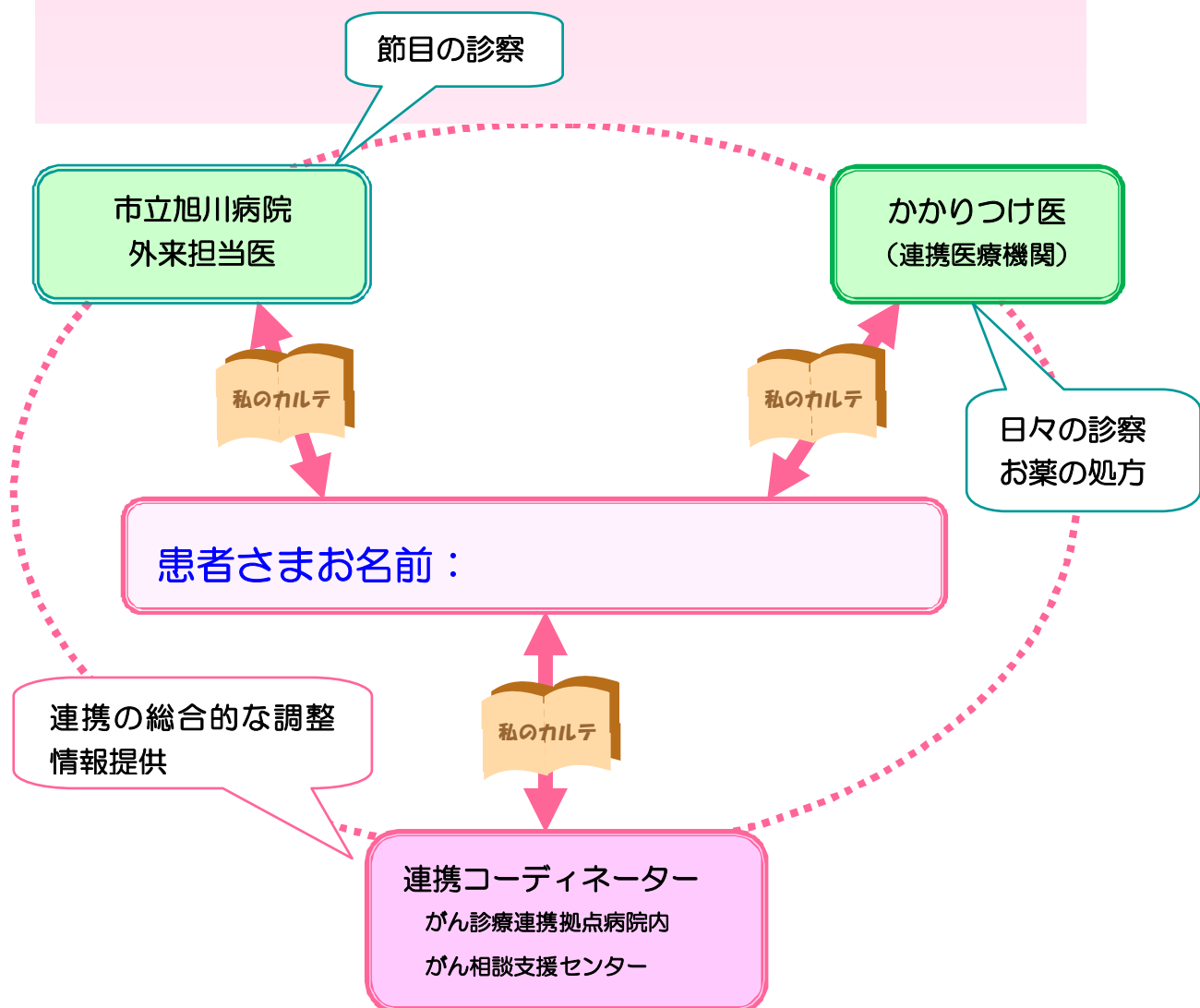


私のカルテ



(共 通)

「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは

ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 患者さま用 共同診療計画表
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

(共 通)

【連携先医療機関（かかりつけ医）】

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】

病院名：市立旭川病院

診療科と担当医師：外科

住 所：旭川市金星町1丁目1-65

電話番号：（病院代表）0166-24-3181

：（夜間休日）0166-24-3181

：（がん相談支援センター）0166-24-3181

内線5372

(共 通)

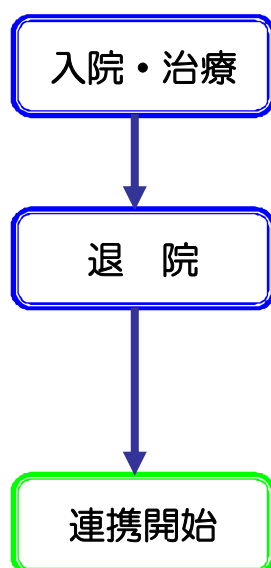
「地域連携クリティカルパスについて」

北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」(通称；連携パス)は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。
- 「連携パス」に基づいて主治医が複数になり、協力して診療を行います。

地域医療連携フローチャート



入院中に今後の医療連携についてご相談します

●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

●医療連携コーディネーター担当者：

患者さまの状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

(共通)

わたしの診療情報 (担当医師が記入します)

患者氏名： _____ 様 性別： 男・女
生年月日： 大正・昭和 年 月 日

【手術情報】

手術日 : 平成 年 月 日
手術時年齢 : 歳
手術内容 : 右) 乳房切除 (全摘) 乳房温存手術 (部分切除)
: 左) 乳房切除 (全摘) 乳房温存手術 (部分切除)
リンパ節郭清 : 腋窩郭清 センチネルリンパ節生検のみ なし

【病理診断】

組織型 _____
腫瘍径 _____ cm
リンパ節転移 (/) 組織グレード () 脈管浸潤 ()
ER () PgR () HER2 () Ki67 (%)

【放射線治療】

残存乳房 _____ Gy (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
 _____ Gy (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
 なし

【薬物療法】

内分泌療法

アロマトラーゼ阻害剤 (アリミデックス / フェマラ / アロマシン)
年 月 日開始 年 月 終了予定 (計 年間)
 抗エストロゲン剤 (ノルバデックス / フェアストン)
年 月 日開始 年 月 終了予定 (計 年間)
 LH-RH アゴニスト剤 (ソラデックス / リュープリン)
年 月 日開始 年 月 終了予定 (計 年間)
 その他

化学療法 (抗癌剤治療)

点滴化学療法
① () x コース 平成 年 月 日終了
② () x コース 平成 年 月 日終了
③ () x コース 平成 年 月 日終了
 内服薬

【既往歴・併存疾患治療情報など】

