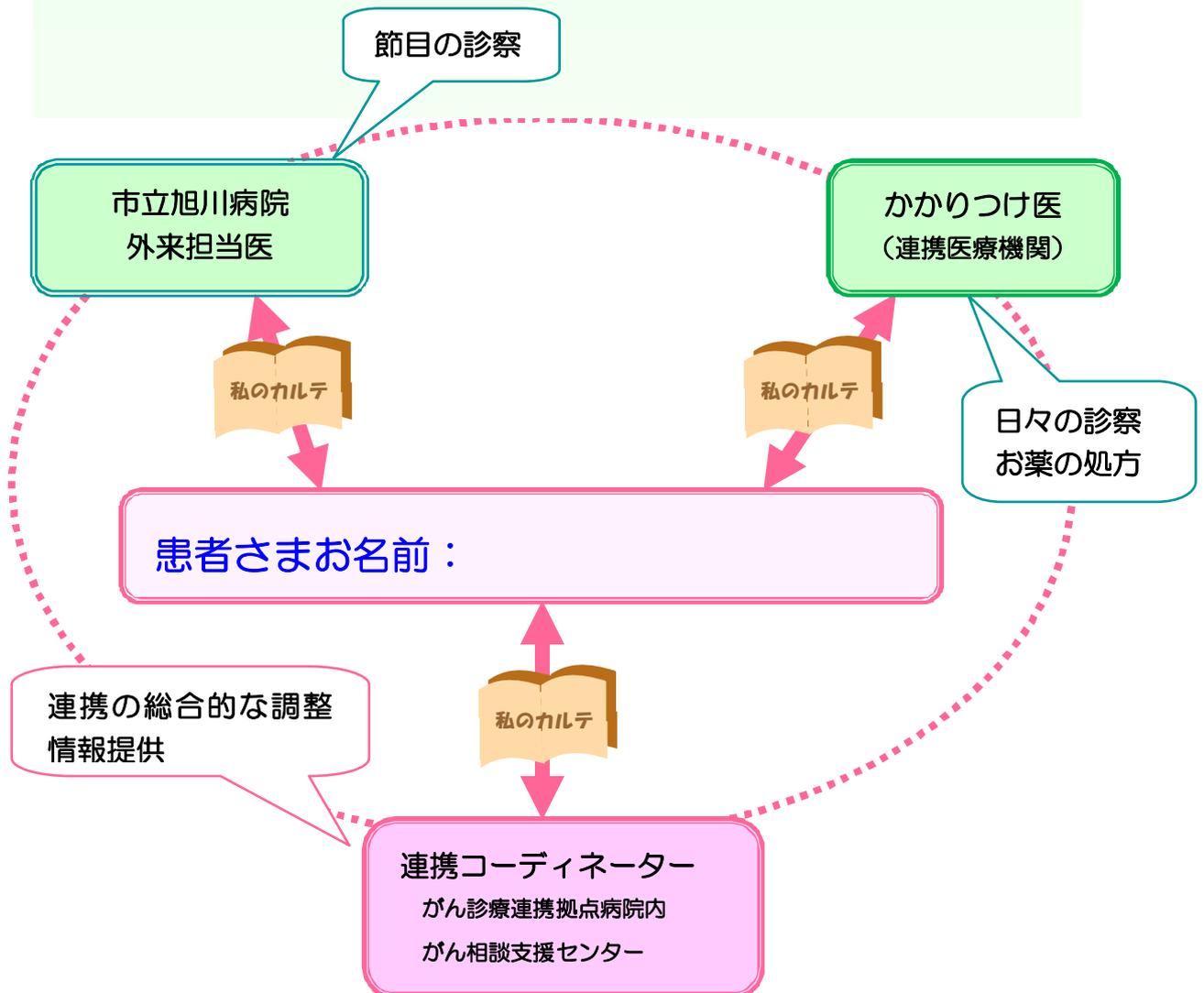


# 私のカルテ



(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 - 6 5

電話番号：(病院代表) 0 1 6 6 - 2 4 - 3 1 8 1

：(夜間休日) 0 1 6 6 - 2 4 - 3 1 8 1

：(がん相談支援センター) 0 1 6 6 - 2 4 - 3 1 8 1

内線 5 3 7 2

(共 通)

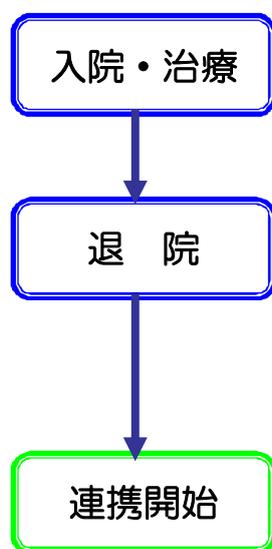
## 「地域連携クリティカルパスについて」

北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまの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

記載日 年 月 日

血液型 型 身長 cm 体重 kg

アレルギー歴 ( あり ・ なし )

既往歴

内服薬 (シール貼付も可。お薬手帳があれば記入はいりません。)

記入日

コメント

記入者

(共 通)

| 通信欄 |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |
|     |  |  |  |











肺がん術後UFT内服連携パス(19~24ヵ月)

当院：市立旭川病院

お名前

かかりつけ医:

| 診療施設                                   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 市立旭川病院  |
|--|--|--|--|--|--|---|
| 受診日                                    | /  | /  | /  | /  | /  | /   |
|  | 19ヵ月目  | 20ヵ月目  | 21ヵ月目  | 22ヵ月目  | 23ヵ月目  | 24ヵ月目   |
| 達成目標                                   | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・再発がない  |
| 治療・薬剤                                  | 朝: _____mg<br>昼: _____mg<br>夕: _____mg  |
| 検査                                     | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><br>*有意な腫瘍マーカー( )                     | <input type="checkbox"/> 血液検査  | <input type="checkbox"/> 血液検査  | <input type="checkbox"/> 血液検査  | <input type="checkbox"/> 血液検査  | <input type="checkbox"/> 胸部CTscan<br><input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> その他<br>( )         |
| 活動・安静度                                 | 制限ありません  |  |  |  |  |   |
| 口内炎                                    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 吐き気                                    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 下痢                                     | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 食欲低下                                   | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 皮膚の異常                                  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 倦怠感                                    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 患者様及びご家族への説明<br>服薬指導<br>連絡事項<br>(余白記載) | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br><small>・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡</small> | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br><small>・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡</small><br><br><input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談 |