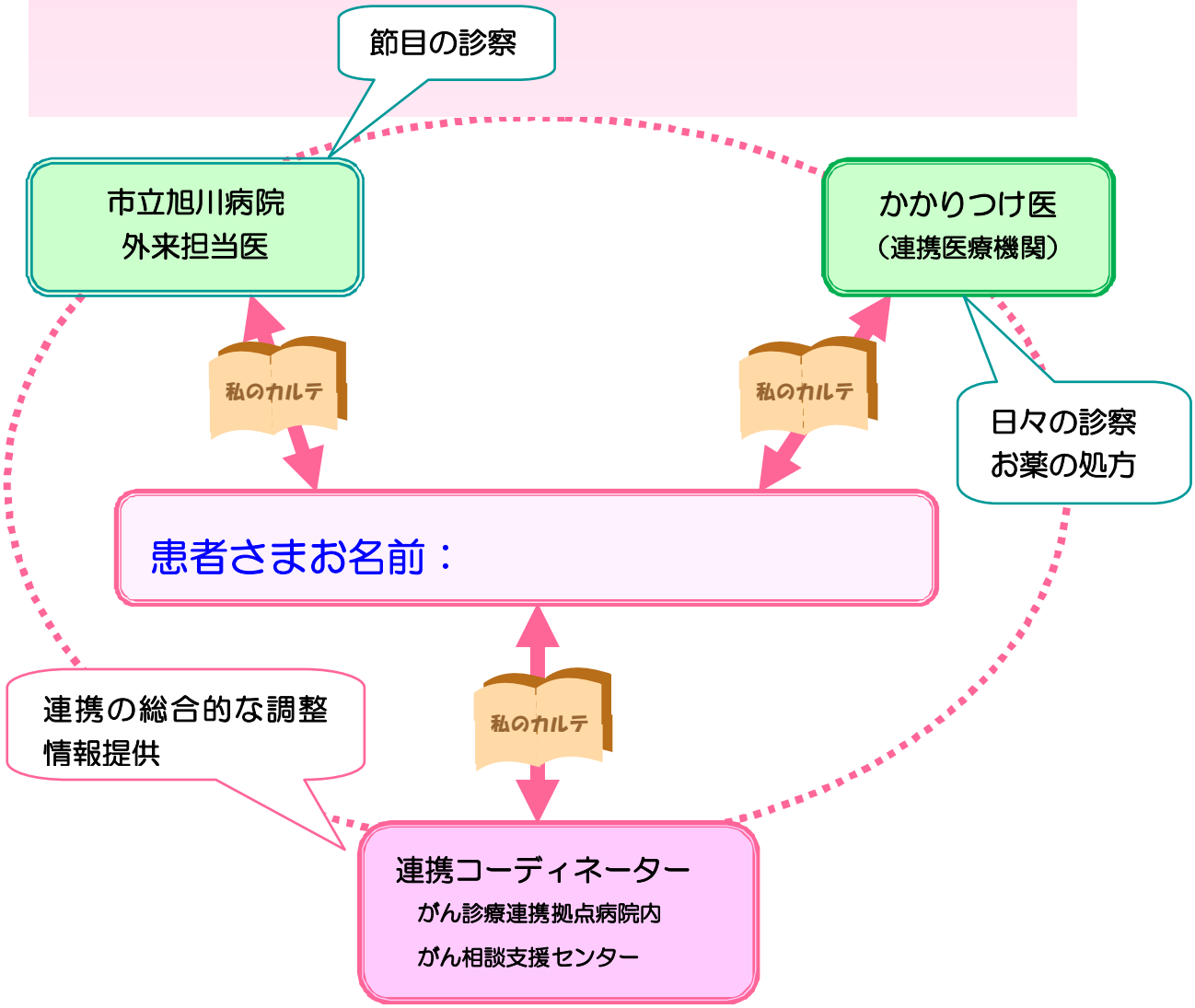
（共　通）

患者さま用

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・治療

↓

退　院

↓

連携開始

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ト担当者：

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トを行い，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～　　月　　日）
□　　＿＿＿＿＿Gy　（平成　　年　　月　　日～　　月　　日）
□ なし

【薬物療法】

内分泌療法

□ アロマターゼ阻害剤（アリミデックス　/　フェマーラ　/　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（　ゾラデックス　/　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】

（共　通）

通信欄

記入日	コメント	記入者

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを，忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日

医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを，忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日
年　　月　　日	年　　月　　日

【患者さま用】　乳がん術後フォロー連携パス　（術後1～5年目）

○は必須項目，他は必要時に行います

術後経過年数			6ヶ月		1年		1年 6ヶ月		2年		2年 6ヶ月		3年		3年 6ヶ月		4年		4年 6ヶ月		5年
診療内容		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	痛み、発熱、上肢のむくみの有無，その他の症状を確認します．	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診	患部側の乳房，肩関節の運動障害，対側の乳房視触診して，合併症や再発の有無を確認します．				○				○				○				○				○
検査	血液検査 （肝/腎機能，腫瘍マーカー等をみます）		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
	マンモグラフィー （残存乳房の異常の有無をみます）				○				○				○				○				○
	胸部レントゲン （肺に異常な影がないかをみます）																				
	ＣＴ検査または腹部エコー検査 （転移の有無をみます）				○				○				○				○				○
	骨シンチ （骨の転移の有無をみます）																				
	骨密度測定 （主にｱﾛﾏﾀｰｾﾞ 阻害剤の副作用管理です）																				
	その他 （MRI，PETなど）																				
投薬	抗エストロゲン剤（ＴＡＭ）																				
	アロマターゼ阻害剤（ＡＩ剤）																				
	LH-RHアゴニスト（皮下注射）																				
説明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します。																				

【患者さま用】　乳がん術後フォロー連携パス　（術後6～10年目）

○は必須項目，他は必要時に行います

	術後経過年数		5年 6ヶ月		6年		6年 6ヶ月		7年		7年 6ヶ月		8年		8年 6ヶ月		9年		9年 6ヶ月		10年
	診療内容	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	痛み、発熱、上肢のむくみの有無，その他の症状を確認します．	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診	患部側の乳房，肩関節の運動障害，対側の乳房視触診して，合併症や再発の有無を確認します．				○				○				○				○				○
検査	血液検査 （肝/腎機能，腫瘍マーカー等をみます）		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
	マンモグラフィー （残存乳房の異常の有無をみます）				○				○				○				○				○
	胸部レントゲン （肺に異常な影がないかをみます）																				
	ＣＴ検査または腹部エコー検査 （転移の有無をみます）																				
	骨シンチ （骨の転移の有無をみます）																				
	骨密度測定 （主にｱﾛﾏﾀｰｾﾞ 阻害剤の副作用管理です）																				
	その他 （MRI，PETなど）																				
投薬	抗エストロゲン剤（ＴＡＭ）																				
	アロマターゼ阻害剤（ＡＩ剤）																				
	LH-RHアゴニスト（皮下注射）																				
説明	検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します。																				

【患者さま用】　自己チェックシート　乳がん術後（　　）年目

【今年の受診間隔予定】
市立旭川病院：　３・６・１２　ヶ月毎
かかりつけ医：　１・２・３　ヶ月毎

※受診間隔はいつでも変更可能です

術後（　　）年目		１ヶ月目	２ヶ月目	３ヶ月目	４ヶ月目	５ヶ月目	６ヶ月目	７ヶ月目	８ヶ月目	９ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	12ヶ月目
自己チェック項目 症状があれば欄に〇印（または△）を付けて下さい		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
お薬の副作用	不正出血がある												
	おりものが増え、かゆみがある												
	発疹があり、かゆみがある												
	体重が増えた（1ヶ月に2kg以上）												
	更年期症状（発汗，ほてり）がある												
	食事が食べれない日が続いている												
	関節の痛みがある												
リハビリ	腕があがらないことがある												
	腕を上げると痛みがある												
	患側の腕にむくみや赤みがある												
自己検診	手術の傷の周囲に赤み、熱感がある												
	乳房にしこりがある（健側も含めて）												
	乳房の痛みがある												
	脇の下に固いものがふれる												
その他													

【患者さま用】　自己チェックシート　乳がん術後（　　）年目

【今年の受診間隔予定】
市立旭川病院：　３・６・１２　ヶ月毎
かかりつけ医：　１・２・３　ヶ月毎
※受診間隔はいつでも変更可能です

術後（　　）年目		１ヶ月目	２ヶ月目	３ヶ月目	４ヶ月目	５ヶ月目	６ヶ月目	７ヶ月目	８ヶ月目	９ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	12ヶ月目
自己チェック項目 症状があれば欄に〇印（または△）を付けて下さい		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
お薬の副作用	不正出血がある												
	おりものが増え、かゆみがある												
	発疹があり、かゆみがある												
	体重が増えた（１ヶ月に2kg以上）												
	更年期症状（発汗，ほてり）がある												
	食事が食べれない日が続いている												
	関節の痛みがある												
リハビリ	腕があがらないことがある												
	腕を上げると痛みがある												
	患側の腕にむくみや赤みがある												
自己検診	手術の傷の周囲に赤み、熱感がある												
	乳房にしこりがある（健側も含めて）												
	乳房の痛みがある												
	脇の下に固いものがふれる												
その他													