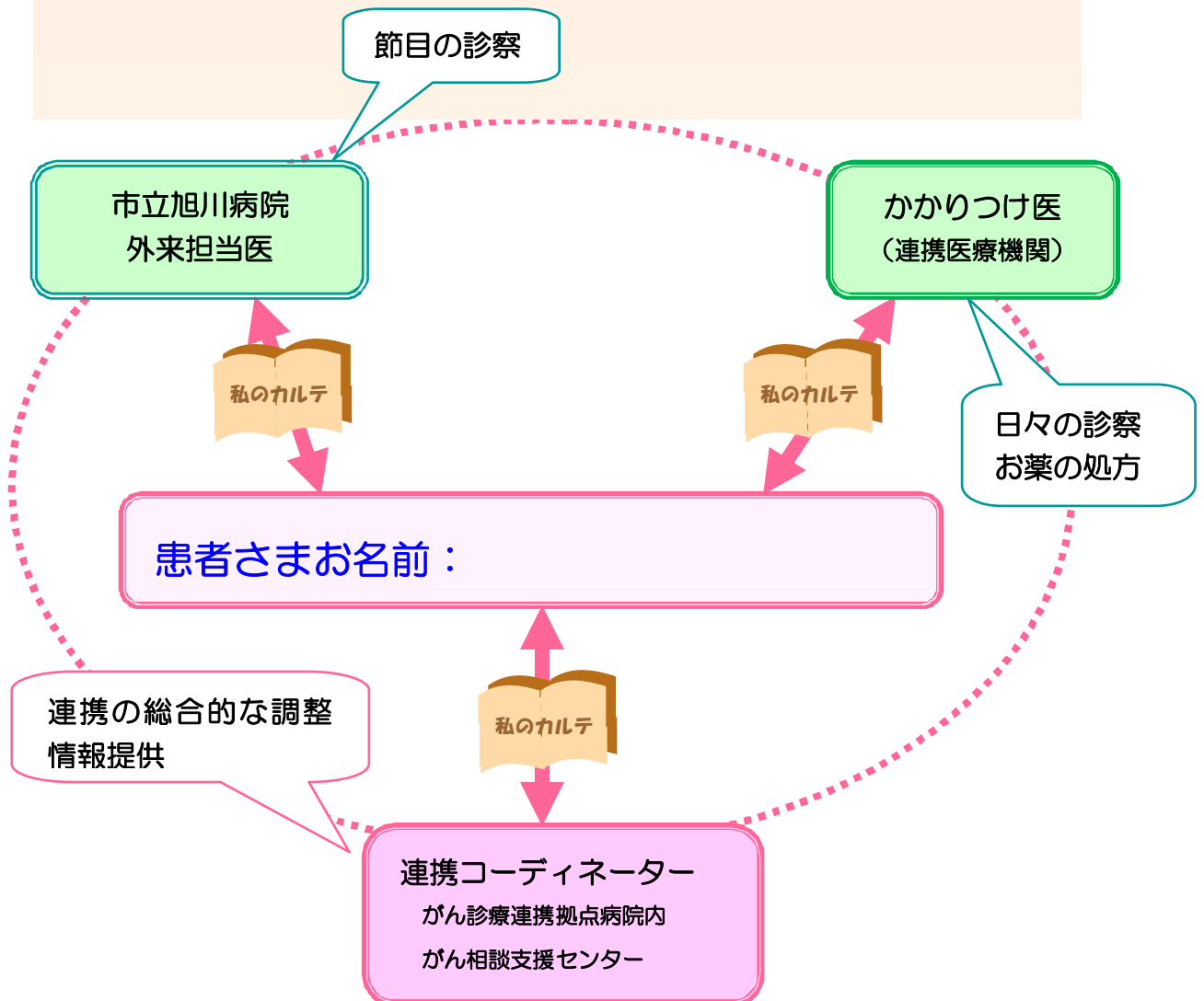


私のカルテ



(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：内科

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)

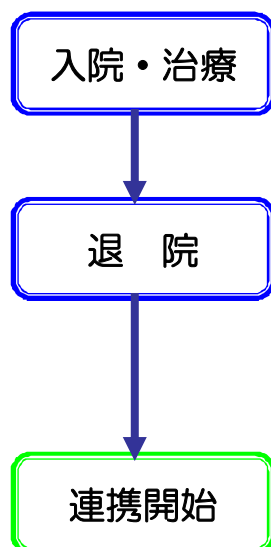
「地域連携クリティカルパスについて」

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

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			

肝がん術後フォロー連携パス(1～6ヶ月)

診療場所	市立旭川病院	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	月日	月日	月日	月日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
NH3				
AFP				
PIVKA-II				
WBC				
Hb				
Plt				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)				

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(7ヶ月～1年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
10ヶ月	11ヶ月	1年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(1年1~6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(1年7ヶ月～2年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(2年1～6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(2年7ヶ月～3年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ