

福島県 県北地域医療連携手帳



「福島県県北地域医療連携手帳」について

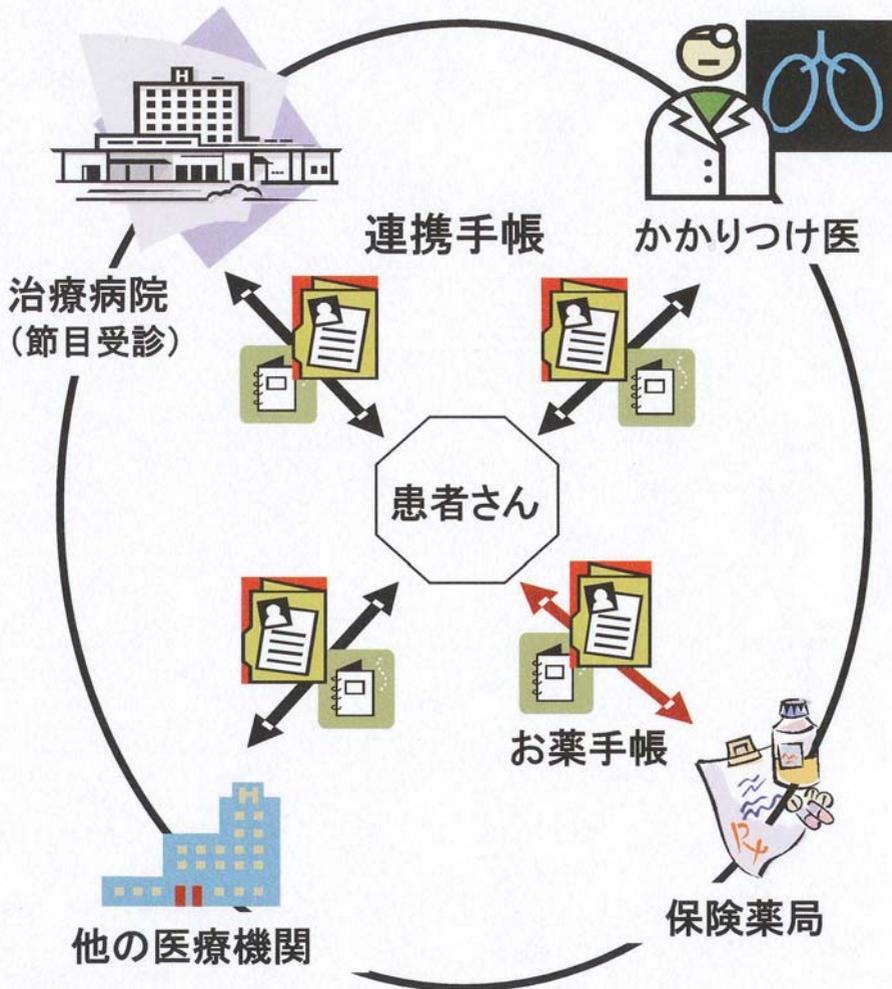
この手帳は、手術を施行した病院とかかりつけ医が協力し、専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。内容は、①共同診療に必要な診療情報、②診療予定表、③診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。

この連携手帳を使用することで、患者さんは今後の診療予定を知ることが出来ますし、診療情報が共有されますので安心してこれまで通りかかりつけ医の診療を受けることが出来ます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます（右ページの図参照）。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。

なお、**肺がん**以外のがん（**大腸がん、胃がん、肝がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がん**など）は検査の対象外となります。かかりつけ医に診ていただくか地域の健康診断などをお受けください。

連携手帳を用いた診療の流れ



身長 _____ cm	体重 _____ kg
アレルギー	造影剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
既往歴 および 現在治療中 の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他 ()

連絡先
手術病医院
病院名
科名
医師名
ID
電話
かかりつけ医
病・医院名
医師名
ID
電話
かかりつけ薬局
薬局名
電話

自由欄

手術記録

<p>手術日</p>	<p>_____年 _____月 _____日</p>
<p>術式</p>	
<p>組織型</p>	
<p>腫瘍径</p>	<p>_____ mm</p>
<p>UFT 内服</p>	<p><input type="checkbox"/> 有 _____ mg _____年 _____月 _____日 開始 <input type="checkbox"/> 無</p>
<p>EGFR 遺伝子変異</p>	<p>positive (_____) negative 測定 未</p>

地域連携診療計画書(肺がん術後)

診療内容

		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年
		/	/	/	/
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します				
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節の腫大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）をみます	○	●	○	●
	レントゲン（肺に異常が無いかをみます）	○	(●)	○	(●)
	胸部 CT(肺、縦隔の転移の有無をみます)		●		●
	腹部 CT(腹腔内の転移の有無をみます)		●		●
	その他の検査 ()				
	その他の検査 ()				
投薬	定時の薬以外を処方した際は通信欄に記入します				
説明	(特別な)説明				
その他	特別な事は通信欄に記入します (記入した日付をいれます)	/	/	/	/

- 手術病医院で施行
- かかりつけ機関で施行
- ◎ 必要に応じて行います

連携元の担当医は患者さんに渡す前に、治療・検査の予定を記入して下さい

1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9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
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
○	(●)	○	(●)	○	(●)	○	(●)	○	(●)
	●		●	(○)	●	(○)	●	(○)	●
	●		●	(○)	●	(○)	●	(○)	●
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

術後3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT

(月 日) 異常あり 異常なし

腹部CT またはエコー

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

.....

術後1年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT

(月 日) 異常あり 異常なし

腹部CT またはエコー

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後1年3ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

.....

術後1年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT

(月 日) 異常あり 異常なし

腹部CT またはエコー

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後1年9ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後2年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT

(月 日) 異常あり 異常なし

腹部CT またはエコー

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後2年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後3年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT

(月 日) 異常あり 異常なし

腹部CT またはエコー

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後3年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

.....

術後4年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT

(月 日) 異常あり 異常なし

腹部CT またはエコー

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

術後4年6ヶ月

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

.....

.....

.....

.....

.....

術後5年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診医療機関

医院

病院

医師記載欄

臨床所見

異常あり 異常なし

採血(月 日)

異常あり 異常なし

胸部レントゲン

(月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT

(月 日) 異常あり 異常なし

腹部CT またはエコー

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 ()

(月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆深呼吸を習慣にしましょう

肺の柔軟性を保つため、深呼吸（腹式呼吸）を引き続き行ってください。

息苦しくなった時は、あせらずゆっくりと深呼吸をして下さい。

それでも良くならないときは、早めに受診してください。

◆かぜの予防をしましょう

手術後の肺は感染しやすい状態ですので、人ごみや換気の悪い場所は避けてください。

外出時はマスクをし、手洗い・うがいをしっかり行ってください。

香料や塗料のガス、噴霧クリーナーなどの刺激物も避けるようにしてください。

37.5 度以上の熱が続くようであれば、早めに受診してください。

◆身体の休息・運動

日常生活は普通に行ってもかまいません。規則正しい生活リズムを守りましょう。

残った肺の健康のために、タバコはやめましょう。

タバコを続けると再発の危険や、肺炎を起こして重篤な状態になることがあります。



～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆痛みについて

咳やくしゃみをした時に肋骨にそった鈍い痛みが1年前後続きますが、徐々に軽減してきます。

痛み止めのお薬は決められた用法・用量を守って飲んでください。

痛み止めの坐薬を使う場合は、1日3回まで6時間以上あけて使ってください。

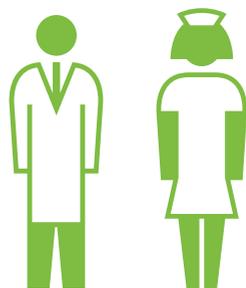
◆定期健診について

再診・定期健診は、今後の健康維持と再発の早期発見のため、必ず受診しましょう。

◆その他

不安なことや分からないことがありましたら医師・看護師にご相談ください。

緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。



自由欄

「福島県県北地域医療連携手帳」の使い方

- 1) 連携元病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分について記入して下さい。
 - a) 5 ページの手術記録
 - b) 6 ページの特記事項★4 ページ、25 ページは自由にご利用下さい。

- 2) 患者さんは初めて手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入下さい。
 - a) 表紙のお名前
 - b) 3 ページの各項目

- 3) 9 ページ以降の記入は患者さんと医師が共同で行います。

医療機関を受診されるときは「手帳」の携帯をお願いします。

患者さんは、診察前にあらかじめ受診の日付と症状などを記入して下さい。

医師は、診察結果のチェックとサイン、必要に応じてコメントの記入や診療情報提供書の発行をお願いします。

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい。

E-mail : path@fmu.ac.jp

F A X : (024)547-1089

郵 送 : 〒960-1295 福島市光が丘1番地
福島県立医科大学附属病院
臨床腫瘍センター