

■ 専門医師にお願いしたいこと

1. パス適応患者を選定してください

①治療病院とかかりつけ医の両方で経過観察していく旨を了承した患者さん。

※その旨をカルテにも記載しておくことが望ましい。

※退院時又は退院後30日以内に手帳を発行した場合、がん治療連携計画策定料1(計画策定病院)750点の算定が可能です。

※がん治療連携計画策定料1を算定した場合は、担当部署において、背表紙の算定欄「有」に○を、算定しなかった場合は「無」に○をつけてください。



2. 手帳に必要記載事項を記載

①P3の治療病院欄の記載(スタンプ可)をお願いします。

②手帳のP4~P8の手術などの記載をお願いします。

患者さんは、34ページ「この手帳の使い方について」を参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。
内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

身長	cm	体重	kg
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	特記事項	
既往歴 あよび 現在治療中 の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	自由欄	
連絡先	治療病院 病棟名 科名 医師名 ID 専任 かかりつけ医 病名・医師名 医師名 ID 電話 かかりつけ薬局 薬局名 電話		

診断
病名・大きさなど

臨床病期 T= N= M=
 ステージ IA IB IIA IIB IIIA IIIB IV
 病理病期 T= N= M=
 ステージ IA IB IIA IIB IIIA IIIB IV
※T, N, Mとステージにつきましては、33ページをご参照ください。

組織型

連携に際しての特記事項
クレアチニン値 _____ mg/dl

手術療法

手術日 20__年__月__日
 術式
 備考

放射線療法

照射部位
 総線量・回数
 期間 20__年__月__日 ~ 20__年__月__日

化学療法

内容 (レジメン名・薬剤名・投与量(/ ml)・回数)
 期間 20__年__月__日 ~ 20__年__月__日

