

東京都医療連携手帳について(患者さん用)

東京都では、安全で質の高い医療を切れ目なく提供していくために、「東京都医療連携手帳」を作成しました。

「東京都医療連携手帳」とは、手術等の治療を行った専門病院とかかりつけ医が協力して(医療連携)、専門的医療と総合的な診療を適切にバランスよく提供するために使用する手帳です。



【手帳を使うことによる利点】

- ① 医療機関同士が、患者さんの治療経過を共有できるので、より適切な診療が可能になります。
- ② 診療予定表により、「いつ」「どこで」「どんな」検査や診療を受ければよいかがわかります。
- ③ 診療情報の共有により、かかりつけ医の診療を安心して受けることができ、通院時間や待ち時間が短縮し、通院の負担が軽減されます。

■お名前などの記入

1. お名前などの記入をお願いします

手帳をもらったら、P 3、4の各項目をわかる範囲で記入してください。

<p>患者さんは、34ページ「この手帳の使い方について」を</p> <p>お名前</p> <p>生年月日 明・大 年 月 日 昭・平</p> <p>身長 cm 体重 術前 kg 退院時 kg</p> <p>治療担当病院</p> <p>TEL</p> <p>ID</p> <p>担当医</p> <p>手術日 20 年 月 日 20 年 月 日</p> <p>かかりつけ医療機関 (1)</p> <p>医師名</p> <p>TEL</p> <p>かかりつけ医療機関 (2)</p> <p>医師名</p> <p>TEL</p> <p>かかりつけ薬局</p> <p>TEL</p> <p style="text-align: center;">3</p>	<p>参照のうえ、必要項目の記入をお願いします</p> <p>既往歴および現在治療中の病気</p> <p>高血圧、糖尿病</p> <p>アレルギー(薬、食べ物等)</p> <p>内服薬(お薬手帳がある時は記入不要)</p> <p style="text-align: center;">4</p>
---	--

2. 受診するとき記入する事項

連携医療機関（治療担当病院・かかりつけ医療機関）に受診するとき、受診前にP 9以降の診療記録欄について、あらかじめこの部分を記入して、受診時に医師にお渡しください。

名前： _____ 治療担当病院 | D: _____

診療記録(1年目)

● 治療担当病院
◎ かかりつけ医療機関または治療担当病院
□ Stage II・IIIの方に追加

手術日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年
20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
受診機関	●	◎	◎	◎	●
体重	kg	kg	kg	kg	kg
下記の症状が持続する場合はチェックを付けてください					
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸やけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他気になる症状					
採血 CEA CA19-9		◎	◎	◎	◎
内視鏡検査					◎
CT / US			◎		◎
胸部 X 線 / 胸部 CT			◎		◎
診察所見・検査結果 (書ききれない時は添付欄へ) (保険薬局との連携の為通官 Cr 値を記入)					

9 10