

# 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。

## 1. お名前などの記入をお願いします

手帳をもらったなら、P 3、4にお名前・連絡先・アレルギー・既往などを分かる範囲で記入してください。

患者さんは、30 ページ「この手帳の使い方について」を

お名前	
生年月日	昭・平 明・大 年 月 日
住所	
電話番号	
携帯電話	
家族(続柄)	
電話番号	
携帯電話	
家族(続柄)	
電話番号	
携帯電話	
治療病院	
病院名	
科名	
I D	
担当医	
電話番号	
住所	
かかりつけ医	
病・医院名	
医師名	
電話番号	
住所	

参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。

身長	cm	体重	kg
飲酒歴			
造影剤アレルギー		なし ・ あり	
その他のアレルギー		なし ・ あり	
既往歴		なし ・ あり	
併存症		なし ・ あり	
糖尿病・高血圧・脳血管疾患・心疾患・腎疾患・その他			
( )			
内服薬 (シール貼付可。お薬手帳があれば記入はいりません。)			

## 2. 受診するときに記入する事項

連携医療機関（治療病院・かかりつけ医）に受診するとき、受診前にP 9以降の診療予定表について、あらかじめ受診日・体重を記入して、受診時に医師にお渡しください。

診察結果（採血データなど）についても原則として患者さんに記入して頂くことで、ご自分の病状把握に努めていただきます。

**名前** \_\_\_\_\_

**治療病院 I D** \_\_\_\_\_

**診療予定表**

1 年目

かかりつけ医     治療病院(変更可)  
 チェックして下さい

	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
<input type="checkbox"/> 3ヶ月毎	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4ヶ月毎	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> フリー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>画像</b>	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT
<b>内視鏡</b>	<input type="checkbox"/>											

**コメント** (書ききれない場合は通信欄へ、保険薬局との連携のため薬剤C#欄を記入して下さい。)

-----

-----

-----

※以下は、基本的に患者さんご自身でのご記入をお願いします。

受診年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
A F P												
Ⅱ3分画	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II												
AST												
ALT												
T-Bil												
γ-GTP												
Alb												
血小板												