

東京都医療連携手帳



■ 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

- ① P 3 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 P 5、6 の手術などの記載をお願いします。

<p>患者さんは、18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。 既往歴および現在治療中の病気</p> <p>お名前</p> <p>生年月日 明・大 〇〇年 〇月 〇日 昭・平</p> <p>身長 〇〇 cm 体重 〇〇 kg</p> <p>かかりつけ医 施設名（スタンプ可） ID 担当医 治療開始日 20 年 〇月 〇日</p> <p>治療病院 施設名（スタンプ可） ID 担当医 治療開始日 20 年 〇月 〇日 （スタンプ可）</p> <p>アレルギー（薬、食べ物等）</p> <p>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。）</p> <p style="text-align: center;">3</p>	<p>手術記録</p> <p>閉経状況（前・後・不明）</p> <p>病期 T 〇 N 〇 M 〇 Stage</p> <p>手術日 20 年 〇月 〇日</p> <p>手術術式</p> <p>病理 組織型 pT 〇 cm n 〇 ER 〇 PgR 〇 HER2 〇 ly 〇 NG 〇 断端（陰性・陽性）</p> <p>備考</p> <p style="text-align: center;">5</p>
<p>放射線療法</p> <p>部位 総線量・回数 期間 20 年 〇月 〇日～20 年 〇月 〇日 備考</p> <p>化学療法</p> <p>内容（レジメン名・薬剤名・投与量（/㎡）・回数） 期間 20 年 〇月 〇日～20 年 〇月 〇日 備考</p> <p>内分泌治療</p> <p>内容 投与開始日 20 年 〇月 〇日 予定期間 備考</p> <p>その他特記事項（遠隔検） クレアチニン値 〇〇 mg/dl</p> <p style="text-align: center;">6</p>	

