

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、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 経過観察表により、かかりつけ医の受診日がわかります。
- 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、表紙にお名前・生年月日を記入してください。

P2の各項目を分かる範囲で記入してください。

患者さんは、本ページの各項目を記入してください。

PSA が高値で前立腺がんが疑われ、精密検査の結果、がんなしと診断された方へ

●今後も、血液検査(PSA測定)を定期的に行なうことをおすすめします。もしもPSAの値がさらに上昇したり、がんが疑われる症状が現れたりしたら、再度泌尿器科専門医での精密検査が必要になります。

かかりつけ医療機関

施設名 _____

ID _____

担当医 _____

専門施設

施設名 _____

ID _____

担当医 _____

既往歴 _____

アレルギー _____

現在治療中の病気および内服薬

前立腺肥大症と男性型脱毛症の治療薬のなかにはPSA値を(見かけ上)低下させるものがあります(10ページ参照)

前立腺肥大症 あり(治療薬) _____)

なし _____)

男性型脱毛症 あり(治療薬) _____)

なし _____)

その他の病気および治療薬 _____

※内服薬については、お薬手帳がある時は記入不要です。

2. 受診時に手帳の提出

連携医療機関（専門施設・かかりつけ医療機関）に受診する時は、必ず手帳を提出して見てもらってください。受診ごとにP 7以降の経過観察表に検査日とP S A値を記入してください。

「手帳をもらってからのP S A値」

経過観察表

前立腺肥大症、脱毛症のための抗アンドロゲン薬治療
なし 有り

() ヶ月毎の PSA 検査による経過観察を受けてください。

以下の状態になったとき、専門施設に紹介となります。

- 生検後 () 年・ヶ月経過したとき
- PSA 値が () ng/ml を超えたとき
- その他 ()

	PSA 値
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml

保険診療では、3ヶ月ごとに3回までのPSA測定が認められています。

7

	PSA 値
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml
20 年 月 日	ng/ml

8