

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。

患者さんは、30 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。

| | |
|---|---|
| <p>お名前</p> <p>生年月日 明・大 年 月 日 昭・平</p> <p>身長 _____ cm 体重 _____ kg</p> <p>かかりつけ医療機関</p> <p>施設名 _____</p> <p>ID _____</p> <p>担当医 _____</p> <p>連携開始日 20 年 月 日</p> <p>治療担当病院</p> <p>施設名 _____</p> <p>ID _____</p> <p>担当医 _____</p> <p>治療開始日 20 年 月 日</p> | <p>既往歴</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>アレルギー</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>現在治療中の病気および内服薬</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|

3 4

2. 受診するときに記入する事項

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、受診前にあらかじめP9～18のこの部分を記入して、受診時に医師にお渡しください。

| あなたの治療内容 | |
|---------------------------------|--|
| 全摘除術 | 内分泌療法 |
| <input type="checkbox"/> 開腹摘除術 | <input type="checkbox"/> 去勢術 (20 年 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 鏡視下手術 | <input type="checkbox"/> LH-RH アゴニスト () |
| <input type="checkbox"/> 小切開手術 | <input type="checkbox"/> 抗アンドロゲン薬 () |
| <input type="checkbox"/> ロボット手術 | <input type="checkbox"/> 黄体ホルモン () |

| 1年目 | | 治療担当病院 | 1ヶ月 | 2ヶ月 | 3ヶ月 |
|------------|------------|--|----------|----------|----------|
| 目 標 | | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 |
| あなたの状態 | PSA | ◇全摘除術後：PSAが0.2以上に上昇せず経過する ：強い尿失禁がない | | | |
| | AST | 正常上限の2倍 | | | |
| | ALT | 正常上限の2.5倍 | | | |
| | ALP | <300 | | | |
| | T-cho | <160 | | | |
| | TG | <160 | | | |
| | 血糖値 | 空腹時 <160 | | | |
| | ほてり・発汗 | 程度 | | | |
| | 尿もれ | 程度 | | | |
| | 排尿困難 | 程度 | | | |
| 体重 | 前日より±1kg以内 | | | | |
| 治療担当病院の実施欄 | 検査 | 採血 | | | |
| | 治療 | 注射 | | | |
| | | 処方 | | | |
| | 指導など | 体重測定 | | | |
| | | 運動指導 | | | |
| | 残薬確認 | | | | |

名前： 治療担当病院 ID：

| 治療担当病院への再受診の基準 | かかりつけ医療機関の方へ |
|------------------------------|-------------------------------|
| 全摘除術後：PSA ≥0.2 または 強い尿失禁 | この許容範囲は CTCAEv4.0のgrade1です |
| 内分泌療法中：PSA ≥2.0 または 強い副作用 | 3ヶ月毎の水色の欄は必須です |

| 4ヶ月 | 5ヶ月 | 6ヶ月 | 7ヶ月 | 8ヶ月 | 9ヶ月 | 10ヶ月 | 11ヶ月 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 | 20 年 月 日 |
| ◇内分泌療法：PSAが2.0以上に上昇せず経過する ：観察困難な副作用がない | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

★次は治療担当病院の受診です。予約はお済みですか？

P7・8の記入例をご参照ください。