



東京都医療連携手帳運用手順書 患者さん用

東京都では、地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」を運用しています。「東京都医療連携手帳」（以下、手帳）は、手術・治療を施行した専門病院（治療病院）とかかりつけ医が役割を分担して、相互に連携しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供することによって、切れ目のない治療を行うためのものです。



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。

1 手帳をもらった時

手帳をもらったら、P3・4のお名前など、赤枠の各項目へご記入ください。

| | |
|--|---|
| P3 | P4 |
| <p>患者さんは、38ページ「この連携手帳の使い方について」をご参照のうえ、各項目をご記入ください。</p> | |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"><p>お名前</p><hr/><p>生年月日（西暦） 年 月 日</p><hr/><p>身長 cm 体重 kg</p></div> | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"><p>既往歴および現在治療中の肺がん以外の病氣</p><hr/><p>アレルギー（食べ物・花粉など）</p><hr/><p>使用禁止薬剤</p><hr/><p>内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）</p><hr/></div> |
| <p>治療病院</p> <p>T E L</p> <p>I D</p> <p>科 名</p> <p>主治医</p> <hr/> <p>かかりつけ医</p> <p>T E L</p> <p>I D</p> <p>主治医</p> <hr/> <p>かかりつけ薬局</p> <p>T E L</p> | |
| 03 | 04 |

2 受診するとき

治療病院・かかりつけ医へ受診する前に、P15 以降の「患者さん記入欄」へご記入ください。
医療機関を受診する際は必ずこの手帳をご持参ください。

P15

診療記録 (1年目)

名前: _____ 治療病院ID: _____

●は治療病院で行います
○はかかりつけ医で行います
()は必要に応じて行います

| 手術日 | 1ヶ月 | 2ヶ月 | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 9ヶ月 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 20 / / | 20 / / | 20 / / | 20 / / | 20 / / |
| 受診機関 | ● | ● | ● | ● | ○ |
| 体重 | kg | kg | kg | kg | kg |
| 下記の症状がある場合はチェックを入れてください | | | | | |
| 痛み | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 咳・血痰 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他の症状 | | | | | |
| 投薬 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 聴診 | ● | ○ | ● | ● | ○ |
| 呼吸音 | ● | ○ | ● | ● | ○ |
| リンパ節の腫大 | ● | ○ | ● | ● | ○ |
| 血液検査 (肝、腎機能、腫瘍マーカー) | (●) | | (●) | (●) | |
| 胸部エックス線 | (●) | (○) | (●) | ● | (○) |
| 胸部CT | | | | | |
| 腹CT・脳 MRI/CT 骨シンチ・PETなど | | | | | |
| 説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為薬剤 C*種を記入 | | | | | |

※書ききれない場合は通信欄へ

3 その他

P 31 以降の「自由記載欄」は、ご自由にご記入ください。

P31

自由記載欄 (患者さん用)

| 年月日 | メモ | 年月日 | メモ |
|-----|----|-----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |