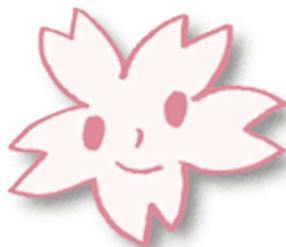


診療連携手帳パス





高知医療センターの 理念及び基本方針

理念

「医療の主人公は患者さん」

基本方針

- 1.患者さんから信頼され、温かい人間性に裏打ちされた夢と希望を提供する医療を実践します
- 2.地域医療連携を基本とした良質で高度な医療を提供します
- 3.自治体病院としての使命を果たします
- 4.職員が誇りとやりがいを持ち、成長できる病院にします
- 5.公正で開かれた病院運営と健全な経営を目指します



連携手帳とは

乳がんの手術・治療を受けられた方は、手術後10年間にわたり定期検査を受けることが望めます。この手帳の 7 ～ 14 ページに定期検査の予定・記録をまとめてあります。

乳がん治療後は、再発ならびに対側乳房への新規乳がんの発生などを定期的にみる必要があります。

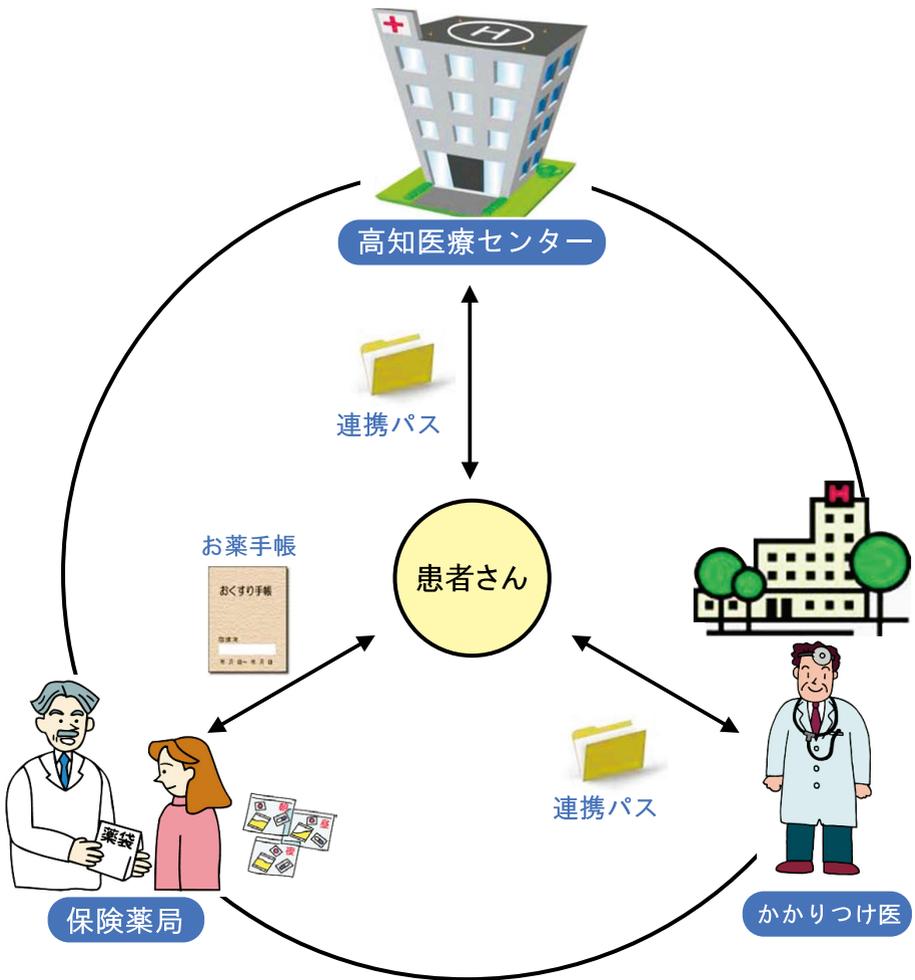
初期治療が終了した時点で、かかりつけの病院・医院（かかりつけ医療機関）で定期的に検査を行ってもらい、処方や体調の変化などを診てもらいます。

原則的に1年に1回は高知医療センターを受診し、それ以外の時はかかりつけの医療機関を受診してください。

かかりつけの医療機関での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合には、その時点で高知医療センターを受診していただくことになります。

また乳がん以外に、自治体で行われる検診・健康診断などは必ずお受けください。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前

生年月日 明・大 _____ 年 _____ 月 _____ 日
昭・平 _____

身長 _____ cm 体重 術前 _____ kg
退院時 _____ kg

手術病院 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

T E L 088-837-3000

ID番号

担当医

治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

かかりつけ医療機関(1)

医師名

T E L

かかりつけ医療機関(2)

医師名

T E L

かかりつけ薬局

T E L

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー（薬、食べ物等）

内服薬

（シール貼り付けも可。お薬手帳があれば記入はいりません。）

手術記錄

閉經狀況

(前 · 後 · 不明)

病 期

T _____ N _____ M _____

Stage _____

手 術 日

_____年_____月_____日

手術術式

病 理

組織型

pT _____ cm

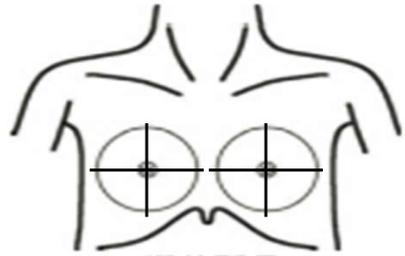
n _____ / _____

ER _____ PgR _____

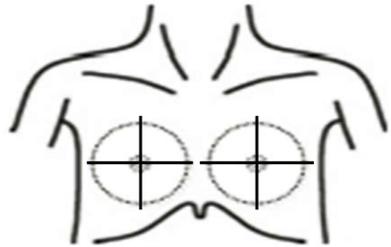
ly _____ NG _____

HER2 _____ FISH _____

Ki67 _____



〈術前所見〉



〈術後所見〉

備 考

.....

.....

.....

放射線療法

部位

総線量・回数

期間 年 月 日～ 年 月 日

備考

化学療法

内容（レジメン名・薬剤名・投与量（/m²）・回数）

期間 年 月 日～ 年 月 日

備考

ホルモン療法

内容

投与開始日 年 月 日

予定期間

備考

その他特記事項（退院時）

診療メモ

○ 必須
⦿ 任意

3ヶ月

6ヶ月

9ヶ月

受診年月日

/ /

/ /

/ /

診察 (視診・触診)



乳房US/MMG

・MMG (US代用可)

・乳房US

採血 (CEA, CA15-3)



婦人科 (TAM内服中のみ)

骨密度 (AI内服中のみ)

内服確認 (ホルモン剤)



連携元
 その他

連携先

連携元
 その他

連携先

連携元
 その他

連携先

コメント

(連携元：高知医療センター
連携先：かかりつけ医療機関)

サイン

1年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

診療メモ

○ 必須
○ 任意

1年

1年3ヶ月

1年6ヶ月

1年9ヶ月

2年

高知医療センター

高知医療センター

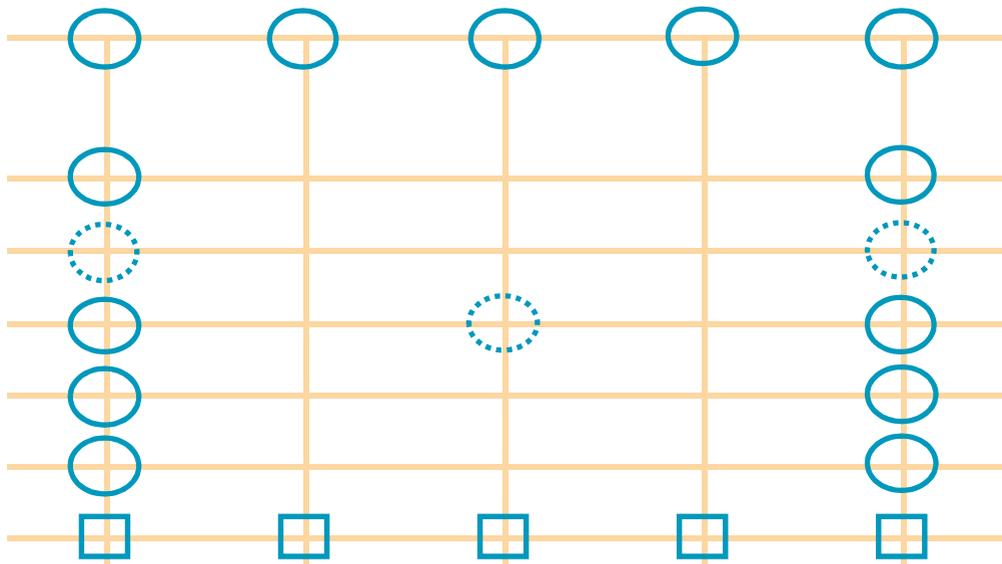
/ /

/ /

/ /

/ /

/ /



連携元
 連携先
 その他

2年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意

2年3ヶ月

2年6ヶ月

2年9ヶ月

受診年月日

/ /

/ /

/ /

診察 (視診・触診)



乳房US/MMG

・MMG (US代用可)

・乳房US

採血 (CEA, CA15-3)



婦人科 (TAM内服中のみ)

骨密度 (AI内服中のみ)

内服確認 (ホルモン剤)



連携元
 その他

連携先

連携元
 その他

連携先

連携元
 その他

連携先

コメント

(連携元：高知医療センター
連携先：かかりつけ医療機関)

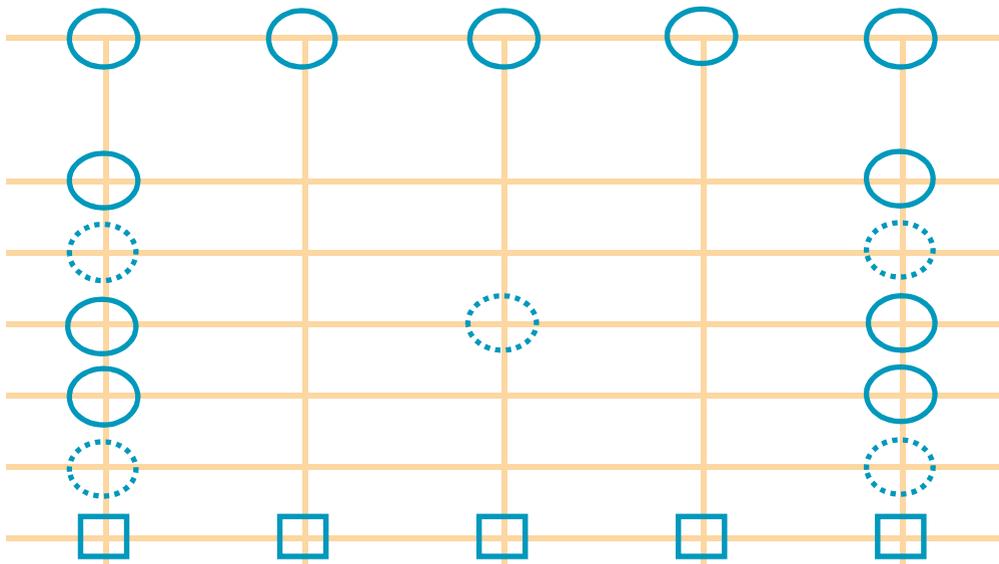
サイン

3年目に行ったその他検査 (任意) ・その他備考
CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意

3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年
高知医療センター				高知医療センター
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /



<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携先
--	------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------

4年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意

4年3ヶ月

4年6ヶ月

4年9ヶ月

受診年月日

/ /

/ /

/ /

診察 (視診・触診)



乳房US/MMG

・MMG (US代用可)

・乳房US

採血 (CEA, CA15-3)



婦人科 (TAM内服中のみ)

骨密度 (AI内服中のみ)

内服確認 (ホルモン剤)



連携元
 その他

連携先

連携元
 その他

連携先

連携元
 その他

連携先

コメント

(連携元：高知医療センター
連携先：かかりつけ医療機関)

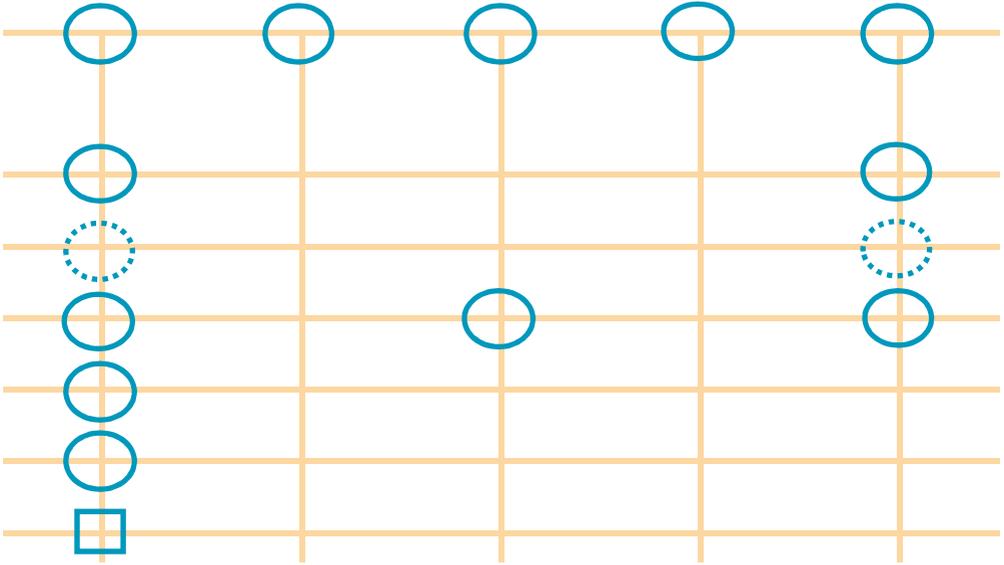
サイン

5年目に行ったその他検査 (任意)・その他備考
CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意

5年	5年6ヶ月	6年	6年6ヶ月	7年
高知医療センター	/ /	高知医療センター	/ /	高知医療センター
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /



5年	5年6ヶ月	6年	6年6ヶ月	7年
<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> その他

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

6・7年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意

7年6ヶ月

8年

8年6ヶ月

高知医療センター

受診年月日

/ /

/ /

/ /

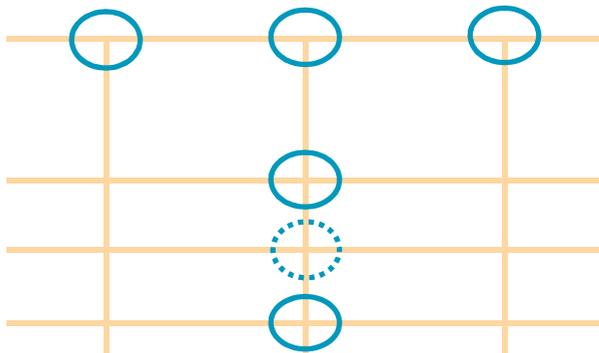
診察 (視診・触診)

乳房US/MMG

・MMG (US代用可)

・乳房US

採血 (CEA, CA15-3)



連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先
 その他 その他 その他 その他 その他 その他

コメント

(連携元：高知医療センター
連携先：かかりつけ医療機関)

サイン

8・9年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

診療メモ

必須
 任意

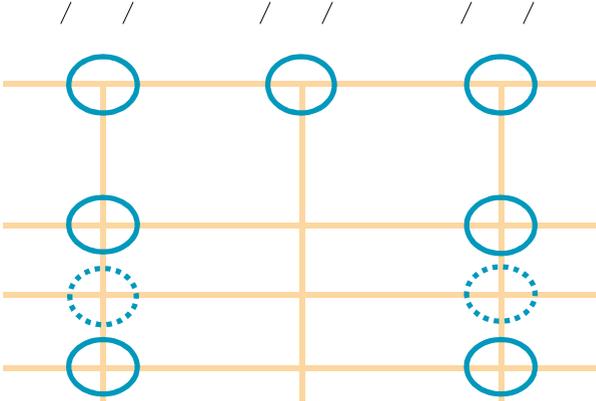
9年

9年6ヶ月

10年

高知医療センター

高知医療センター



これ以後は1年に1回、市町村・職場健診等で
 乳房の定期検査をお受けください。

<input type="checkbox"/> 連携元	<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携元	<input type="checkbox"/> 連携先	<input type="checkbox"/> 連携元	<input type="checkbox"/> 連携先
<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

10年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
 CT・骨シンチ・腹部US・その他 ()

この手帳の使い方について

- 1) 高知医療センターの担当医は、患者さんにお渡しする前に下記の部分についてご記入ください。
 - a) 5 ページ目:手術記録
 - b) 6 ページ目:各種治療歴とその他連携に当たって、かかりつけ医の先生に伝えておきたいこと。

- 2) 患者さんは手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入ください。
 - a) 3 ページ目:お名前など
 - b) 4 ページ目:以前や現在かかられている病気・アレルギー・内服薬など(お薬は”お薬手帳”などに使うシールを使ってもかまいません。また、お薬手帳がある方は記載不要です。)

- 3) かかりつけ医ならびに高知医療センターの担当医は、患者さんが受診される際に次のように記載をお願いします。
 - a) 診察した日(確認日)の日付記載ならびにサイン(又は印)
 - b) 任意検査を行った場合は、項目のところにチェック
 - c) 内服薬のホルモン剤の服用がある場合は、受診時にチェック
 - d) (高知医療センター)1年毎の任意検査を行った場合にチェック
若しくは内容記載、その結果も簡単に。(問題あり・なし程度でよい)
 - e) 診察を行った際に、問題があることや、また、かかりつけ医⇄高知医療センター間で伝達が必要な項目がある場合は、”コメント”欄に記載していただくか、診療情報提供書を記載してください。
 - f) かかりつけ医・高知医療センターの担当医いずれかが、連携中に継続的に注釈が必要なものについては、15 ページ目以降の”連携中の診療メモ”に記載してください。
 - g) ホルモン治療が終了した場合は、終了日を分かりやすく記載してください。

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
がんセンター がん地域連携パス運用委員会



高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
〒781-8555 高知県高知市池2125番地1
TEL:088(837)3000(代)