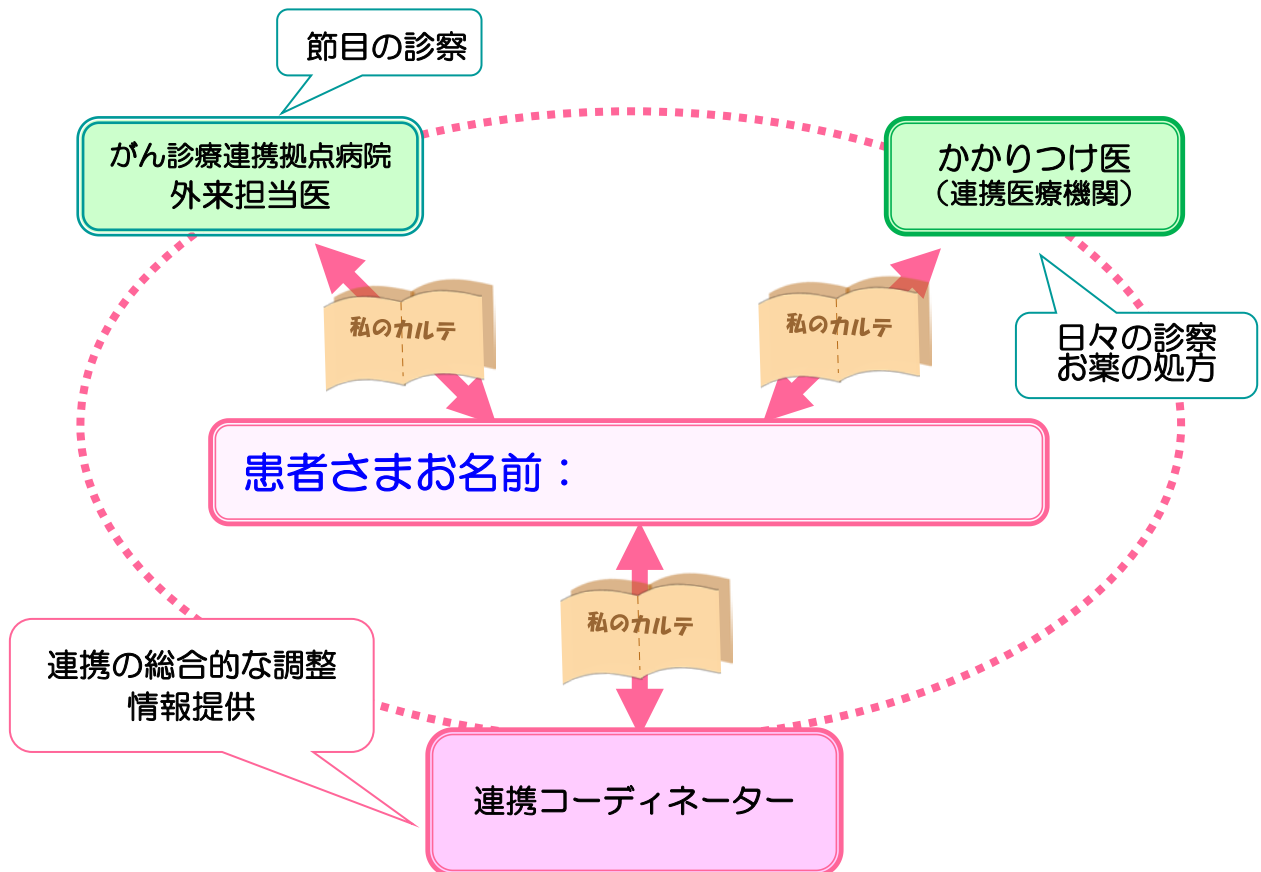


# 私のカルテ



## 「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、  
ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 患者さま用 共同診療計画表
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

**【連携先医療機関（かかりつけ医）】**

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

**【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】**

病院名：旭川医科大学病院

診療科と担当医師：

住 所：旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

電話番号：（病院代表）0166-65-2111

：（夜間休日）0166-66-9901

：（がん相談支援センター）0166-69-3231

## 「地域連携クリティカルパスについて」

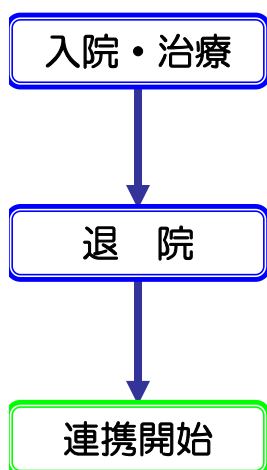
北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。

### 地域医療連携フローチャート

入院中に今後の医療連携についてご相談します



#### ●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

#### ●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

# わたしの診療情報

記載日 年 月 日

血液型 型 身長 cm 体重 kg

アレルギー歴 ( あり ・ なし )

既往歴

内服薬 (シール貼付も可。お薬手帳があれば記入はいりません。)





## 肝がん術後フォロー連携パス(1~6ヶ月)

診療場所	(がん診療連携拠点病院)	かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携拠点病院)
経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
NH3				
AFP				
PIVKA-II				
WBC				
Hb				
Plt				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)				



かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携拠点病院)
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<del> </del>	<del> </del>	
<del> </del>	<del> </del>	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

## 肝がん術後フォロー連携パス(7ヶ月～1年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携拠点病院)
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携 拠点病院)
10ヶ月	11ヶ月	1年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

## 肝がん術後フォロー連携パス(2年1~6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携拠点病院)
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携 拠点病院)
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

## 肝がん術後フォロー連携パス(2年7ヶ月～3年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携拠点病院)
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	(がん診療連携拠点病院)
2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ