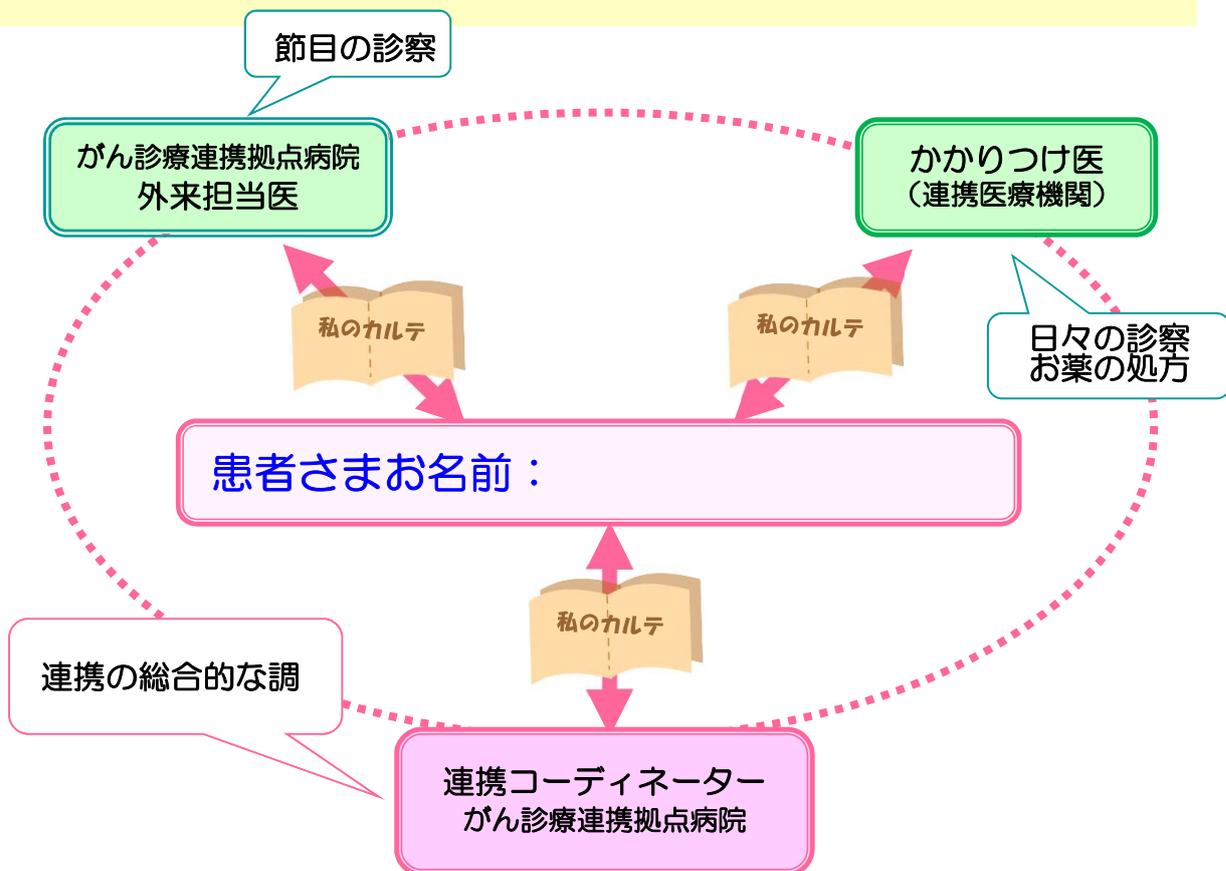


# 私のカルテ



## 「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」

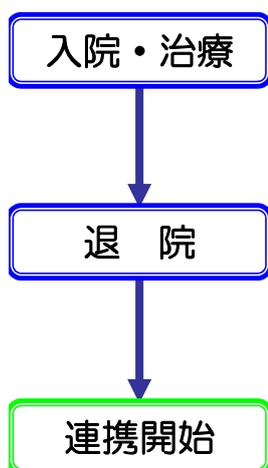
北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「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

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 (担当医師が記入します)

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様 性別： 男・女  
生年月日： 大正・昭和 年 月 日

## 【手術情報】

手術日 : 平成 年 月 日  
手術時年齢 : 歳  
手術内容 : 右)  乳房切除 (全摘)  乳房温存手術 (部分切除)  
: 左)  乳房切除 (全摘)  乳房温存手術 (部分切除)  
リンパ節郭清 :  腋窩郭清  センチネルリンパ節生検のみ  なし

## 【病理診断】

組織型 \_\_\_\_\_  
腫瘍径 \_\_\_\_\_ cm  
リンパ節転移 ( / ) 組織グレード ( ) 脈管浸潤 ( )  
ER ( ) PgR ( ) HER2 ( ) Ki67 ( %)

## 【放射線治療】

残存乳房 \_\_\_\_\_ Gy (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
 \_\_\_\_\_ Gy (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
 なし

## 【薬物療法】

### 内分泌療法

アロマターゼ阻害剤 (アリミデックス / フェマーラ / アロマシン )  
年 月 日開始 年 月終了予定 (計 年間)  
 抗エストロゲン剤 ( ノルバデックス / フェアストン )  
年 月 日開始 年 月終了予定 (計 年間)  
 LH-RH アゴニスト剤 ( ソラデックス / リュープリン )  
年 月 日開始 年 月終了予定 (計 年間)  
 その他

### 化学療法 (抗癌剤治療)

点滴化学療法  
① ( ) x コース 平成 年 月 日終了  
② ( ) x コース 平成 年 月 日終了  
③ ( ) x コース 平成 年 月 日終了  
 内服薬

## 【既往歴・併存疾患治療情報など】

















