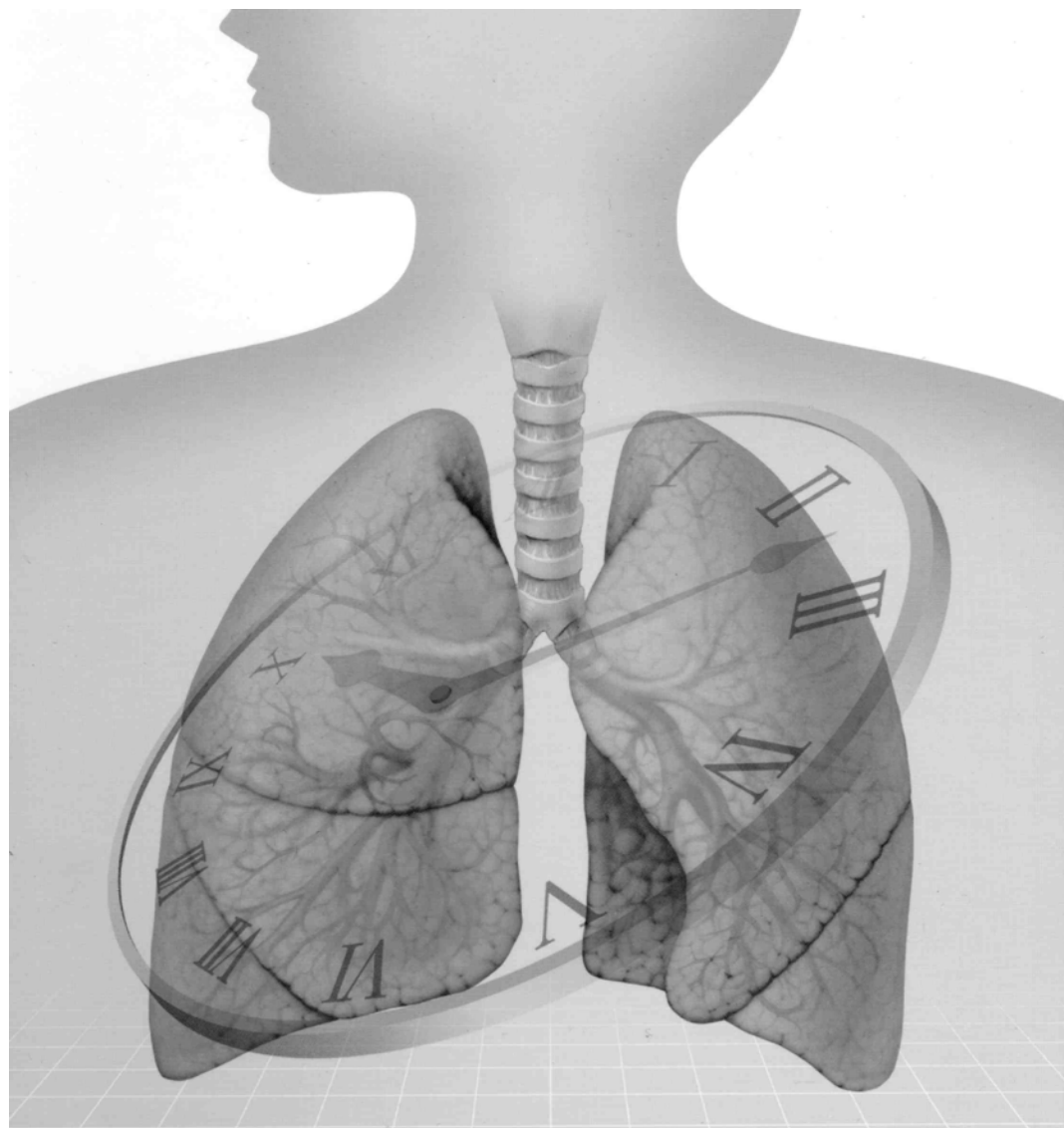


神奈川県医療連携手帳

(肺がん)



_____病院
神奈川県がん診療連携協議会

医療連携手帳とは(1)

この手帳は、“がん”に対して初期治療を施行した、計画策定病院（がん診療連携拠点病院ないしそれに準じる病院、以下、連携元病院）と別の連携先保険医療機関（以下、かかりつけ医）が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。内容は、①共同診療に必要な診療情報の共有、②5年間の診療予定表、③5年分の診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。あなたの治療経過を共有できる「地域連携診療計画書」と「連携手帳」を活用し、“連携元病院”と“かかりつけ医”の医師が協力して、あなたの治療を行います。

この連携手帳を使用することで、患者さんは今後の診療予定を知ることができ、診療情報が共有されますので安心してこれまで通りかかりつけ医の診療を受けることができます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の病気でその他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます（4ページの図参照）。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は治療を施行した専門病院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて治療を施行した専門病院を受診していただきます。また、休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、治療を施行した専門病院や、連携している“その他の医療機関”までご連絡ください。

医療連携手帳とは(2)

肺がんの手術を受けられた方は5年間を目標として定期的に通院していただき、定期検査と診察を受ける必要があります。この冊子8、9ページ目に地域連携診療計画書（基本型）として定期検査の予定をまとめました。

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みてもらいます。

手術後3～6ヶ月以降はかかりつけ医で定期的な診察と検査を受けていただき、体調の変化や再発の有無をチェックします。原則的に1年に1回以上は手術を受けた病院を受診し、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は、その時点で連携元病院を受診していただくことになります。

病期ⅠA期と診断された患者さんは、術後に抗がん剤治療を行う必要はないとされています。しかし再発が全くない、というわけではなく、定期的な検査が必要です。

病期ⅠB期と病期ⅠA期の一部では、再発予防のための追加治療（抗がん剤）が望ましいのですが、入院して点滴をするなどの強い治療ではなく、内服（飲み薬）の抗がん剤を使用することで再発による死亡のリスクが半減できるというデータがあります。この治療法でも、副作用に注意しながら通院で、連携診療が可能です。抗がん剤内服中は通院回数も若干多く（1回/1-2ヶ月）なりますが、終了後は年に数回程度の診療となります。

地域連携診療計画書（基本型を手帳に掲載。別に用紙あり）

手術を受けた連携元病院で定期的に行う項目は●、
かかりつけ医で行う項目は○、で印をつけています。
該当する時期に検査を受けてください。

医療連携手帳とは(3)

【かかりつけ医の役割】

- ☆ 病気の予防・日常の健康管理を行います。（生活習慣病などの管理は、身近なかかりつけ医が必要です）
- ☆ 専門的治療（連携元病院や他の医療機関・専門病院への受診）の必要性を判断します。
- ☆ 風邪など一般的な病気のことやちょっとした心配ごとなどが気軽に相談できます。

【治療を施行した連携元病院の医師の役割】

- ☆ 定期的な診療を行います。（かかりつけ医と情報交換しながら、年に1回以上の診察）
- ☆ 専門的な検査・診察・入院治療・手術を行います。
- ☆ 緊急を要する場合、必要な対応を行います。

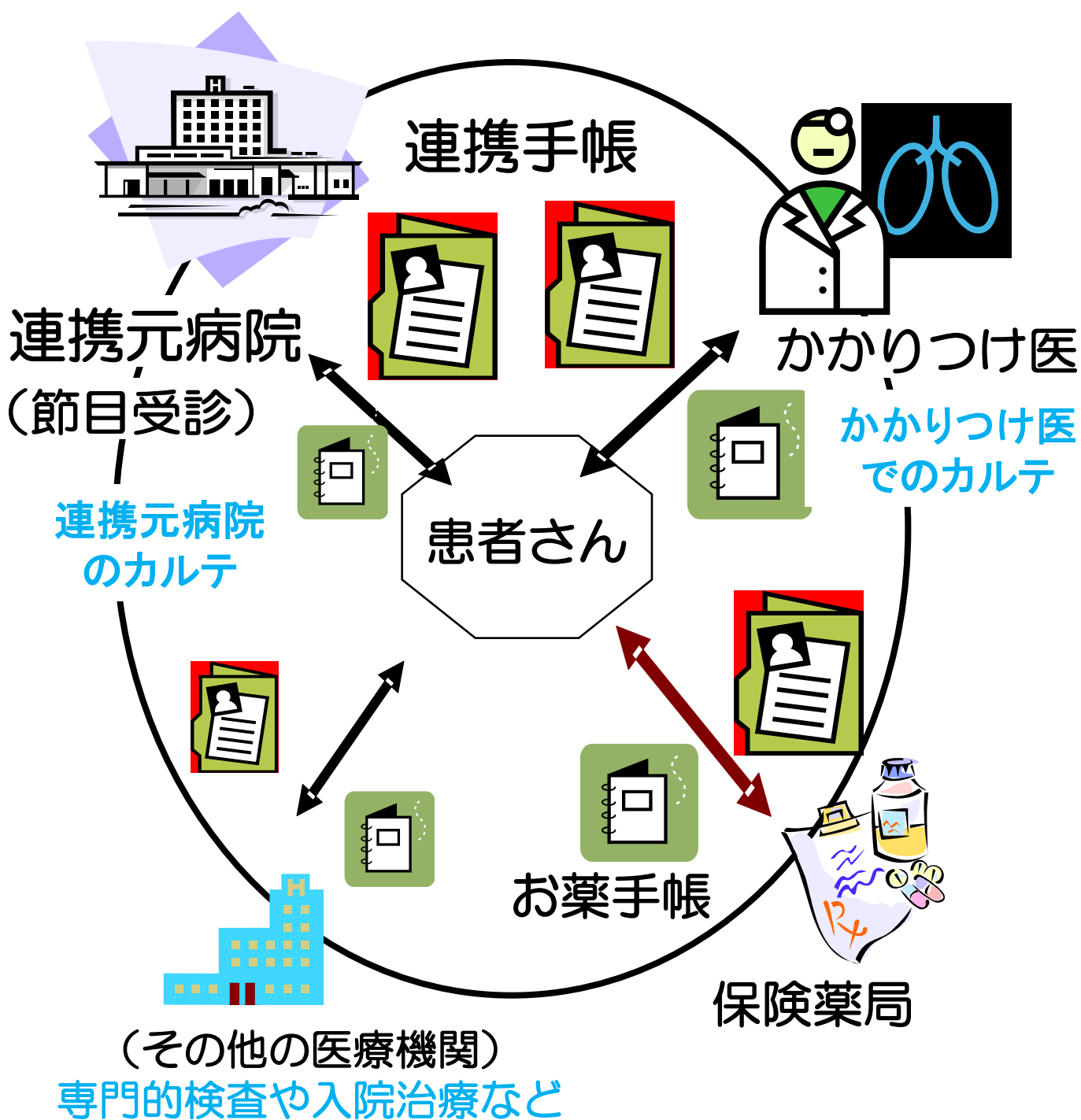
【定期受診以外の受診、その他検査の記録について】

- ☆すでにご案内しましたように、体調・病状によって定期受診以外に診察を受けることは可能です。（主にかかりつけ医を中心として行います。）その際には31ページ目以降の自由記載欄をご利用ください。

【その他医療機関について】

- ☆ 1、4、5ページ目に記載の“その他医療機関”についてご説明します。連携元病院とかかりつけ医以外にもその地域で中核となる病院もあります。その病院にもこの連携診療に加わっていただき、専門的検査や入院をお願いすることができれば、検査や入院の待ち時間、その他の負担を減らせることが期待できます。
必須ではありませんが、希望される場合には、一緒に連携していただくこともできるように、登録記入欄を設けてあります。

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

連絡先

連携元病院

病院名／科名
(緊急受診科名)

主治医名

電話番号

診察券番号

かかりつけ医

病院名／医院名

主治医名

電話番号

診察券番号

その他医療機関

病院名／科名

主治医名

電話番号

診察券番号

かかりつけ薬局

薬局名

電話番号

内服薬

その他

診療の情報(1) 今回のご病気について

最終診断：_____.

手術日：平成____年____月____日

手術術式：_____+ND_____.

組織型：_____.

術後病理(TNM)：T=____、N=____、M=_____.

術後病期(ステージ)：IA、IB、IIA、IIB、IIIA、IIIB、IV

入院期間：平成____年____月____日～平成____年____月____日

診療の情報(2) 身体の状態と以前のご病気について

身長：_____cm、体重：_____kg、体表面積：_____m²

血清クレアチニン値：_____mg/dl

血液検査での異常値 (1)：_____.

血液検査での異常値 (2)：_____.

腫瘍マーカーなど (3)：_____.

造影剤アレルギー：なし・あり・不明

(ある場合はその内容； _____)

その他のアレルギー：なし・あり・不明

(ある場合はその内容； _____)

現在治療中のご病気：なし・あり；

糖尿病・高血圧・脳血管疾患・心疾患・腎疾患・

その他 (_____)

がんの既往歴：なし・あり (ありの場合は下記に記入)

① _____.

② _____.

③ _____.

その他特記事項； _____.

退院時の特記事項；

(連携元病院から患者様へ／かかりつけ医へ／患者様記録)



地域連携診療計画書（肺がん術後）

術後経過 (年月)						1年			
		3 か 月	6 か 月	9 か 月		3 か 月	6 か 月	9 か 月	
診療内容									
受診予定日									
手術日 20 年 月 日		/	/	/	/	/	/	/	/
問診	痛み、発熱、 咳の有無、そ の他の症状を 確認します	○	○	○	○	○	○	○	○
触聴診	呼吸音の確認、 リンパ節の腫 大の有無を確 認します	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査（肝、 腎機能、腫瘍 マーカー）をみ ます	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部X線：肺 に異常が無い かをみます	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部CT：肺、 縦隔の転移の 有無をみます		●		●		●		
	その他の検査 (1)	○	○	○	○	○	○	○	○
	その他の検査 (2)	○	○	○	○	○	○	○	○
投薬	定時の薬以外 を処方した際 は通信欄に記 入します	○	○	○	○	○	○	○	○
説明	診療情報の説 明	○	○	○	○	○	○	○	○

●は連携元病院などで行う。○は原則としてかかりつけ医で行う。
 ○●:必要に応じて行う。実施施設は担当医と相談して決める。

2年	3年			4年			5年			
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
●		●		●		●		●		●
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

術後3カ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後6カ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後9カ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後1年

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後1年3ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後1年6ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後1年9ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後2年

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後2年3ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後2年6ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後2年9ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____ mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後3年

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後3年3ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後3年6ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____ mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後3年9ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後4年

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後4年3ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後4年6ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後4年9ヶ月

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血 (月 日) 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー () ; _____ mg/dL

胸部X線写真 (月 日) 異常あり 異常なし

胸部CT (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

その他検査 () (月 日) 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

術後5年

患者さんご記入欄

受診日 年 月 日

受診医療機関 _____ 医院 または _____ 病院

咳や痰など、気になる症状が出現したらご記入ください

医師記載欄

臨床所見 異常あり 異常なし

採血（ 月 日） 異常あり 異常なし

腫瘍マーカー（ ）； _____mg/dL

胸部X線写真（ 月 日） 異常あり 異常なし

胸部CT（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

その他検査（ ）（ 月 日） 異常あり 異常なし

医師のコメント欄・サイン _____

自由記載欄（1）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....

.....

.....

.....

.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....

.....

.....

.....

.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....

.....

.....

.....

.....

自由記載欄（2）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

自由記載欄（3）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

自由記載欄（４）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

自由記載欄（5）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

自由記載欄（6）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

自由記載欄（7）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....
.....
.....
.....
.....

自由記載欄（8）

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....

.....

.....

.....

.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....

.....

.....

.....

.....

記載年月日：平成 年 月 日
(本人・かかりつけ医・連携元・他病院；いずれかに○)

.....

.....

.....

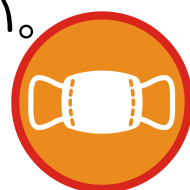
.....

.....

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆深呼吸を習慣にしましょう

肺の柔軟性を保つため、深呼吸（腹式呼吸）を引き続き行ってください。息苦しくなった時は、あせらずゆっくりと深呼吸をして下さい。それでも良くならないときは、早めに受診してください。



◆かぜの予防をしましょう

手術後の肺は感染しやすい状態ですので、人ごみや換気の悪い場所は避けてください。

外出時はマスクをし、手洗い・うがいをしっかり行ってください。香料や塗料のガス、噴霧クリーナーなどの刺激物も避けるようにしてください。

37.5度以上の熱が続くようであれば、早めに受診してください。



◆身体の休息・運動

日常生活は普通に行ってかまいません。規則正しい生活リズムを守りましょう。残った肺の健康のために、タバコはやめましょう。タバコを続けると再発の危険や、肺炎を起こして重篤な状態になることがあります。

～肺がんの手術を受けられた方へ～

◆痛みについて

咳やくしゃみをした時に肋骨にそった鈍い痛みが1年前後続きますが、徐々に軽減してきます。

痛み止めのお薬は決められた用法・用量を守って飲んで下さい。

痛み止めの坐薬を使う場合は、1日3回まで6時間以上あけて使ってください。

◆定期健診について

再診・定期健診は、今後の健康維持と再発の早期発見のため、必ず受診しましょう。



◆その他

不安なことや分からないことがありましたら、医師・看護師にご相談ください。

緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術を受けた連携元病院やその他の医療機関（電話番号は5ページにあります）までご連絡ください。

肺がん術後定期受診を受けられる患者様およびご家族の皆様へ

平成 年 月 日、 _____ 病院/センター、 説明医師； _____ ㊞

当院では、がん治療の基幹病院として平成18年に制定された厚生労働省「がん対策基本法」に則って、がん患者様の治療を行っています。この「がん対策基本法」は、がん予防の推進・がんの早期発見・がん医療の充実について重点的に取り組み、特に「がん医療の均てん化・機能分担化」の促進にも具体的に取り組むこととしています。

そのために国は、各都道府県に幾つかの“がん診療連携拠点病院“を指定し、それら拠点病院はその地域の医療機関に対して専門的な「がん医療の提供、がん診療連携体制の構築、情報提供・相談支援」をおこなわなければならないと決めています。とりわけ、がん診療の連携体制の構築については、がん治療を行う基幹病院（がん診療連携拠点病院や、これに準ずる病院；以後、連携元病院といいます）と地域の診療所や一般病院の先生（以後、かかりつけ医といいます）との適切な役割分担による共同連携診療体制づくりが急務とされています。

具体的には図（神奈川肺がん連携手帳案の4ページ）にお示しする「連携手帳を用いた診療の流れ」を基にして、がん診療連携拠点病院などの連携元病院で手術（等）の治療を受けられた患者様のその後の診療／フォローアップを、同病院と近隣のかかりつけ医との間で共同連携診療を行うということです。

2か所の医療機関への通院は大変と感じられるかもしれませんが、主治医が複数になると考えることができ、異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めるでしょう。また、病院や診療所の混雑が解消される可能性も望めるでしょう。

あなたの病気の進行度（ステージ）や、今後の具体的な診療予定に関しては、連携手帳に沿って主治医より説明がありますが、神奈川県医療連携手帳を利用することが、患者様の療養生活や診療方針に役立つと考え、利用をお勧めしています。しかし、これは強制ではなく、あくまで患者様のご希望に沿ってまいりますので、診療連携の拒否、連携承諾後の中止の希望などについては、いつでも遠慮なくお申し出ください。

以上、肺がん術後の地域医療連携についてご説明しました。不明な点がある時、再度説明を希望される時、等 いつでもご相談ください。

地域連携クリティカルパスによる診療に同意していただける場合は、同意書の所定の欄にサインをお願い致します。

なお、予定受診と臨時の受診の際に、文書料（診療情報提供書料）が発生しますことをご了解ください。

肺がん医療連携に関する同意書

私は、_____病院／センター _____医師より、肺がん術後の地域連携パスによる地域医療連携の説明を受けました。

神奈川県医療連携手帳（肺がん）を保持し、神奈川県肺がん医療連携パスに則った連携診療を受けることを、

希望します。

希望しません。（いずれかに○をお願いします）

平成 年 月 日、患者氏名 _____^①

（代理 _____^①（続柄： ））

平成 年 月 日、説明医師： _____病院／センター

_____科 _____^①

（記）かかりつけ医； _____クリニック・医院・診療所・（ ）

代表 _____先生

予定受診と臨時の受診の際に、文書料（診療情報提供書料）が発生することに関しても了承します。

患者様用と 連携元医療機関、および、かかりつけ医療機関での控え（コピー可）の保管が必要です。

診療情報提供書

連携診療計画に基づく定期/臨時診療情報提供書（__年__月__日経過分）
（○の全てと、異常のない場合でも●の1行目は必ず記載をお願いします。）

○ _____ 病院/センター
_____ 科 _____ 先生行

○患者さま氏名: _____
生年月日: _____（大正・昭和・平成 年 月 日）
患者番号(連携元病院): _____

●再発所見: なし あり 疑い（ありと疑いの場合は下記に）
所見: 1. _____
2. _____
3. _____

検査名と所見: 検査1. _____
検査2. _____
検査3. _____

検査異常値: • _____
• _____
• _____

伝達事項: _____

●その他異常所見; なし あり（ありの場合、下記に記載）
（がん再発に関連しないと思われる項目でも結構です。）

• _____
• _____
• _____

○【記載者】

医療機関名: _____

医師氏名: _____ (印)

連絡先: _____

記載年月日 _____ 平成__年__月__日

連携元(計画策定)病院担当医あて: 神奈川県地域連携診療計画(肺がん)

「神奈川県医療連携手帳」について

肺がんの術後は定期的な通院と、呼吸機能の早期回復が重要です。神奈川県では、手術を受けられた方に安心して治療・通院を受けていただけるように地域をあげて取り組んでいます。1～9ページ目に示されているのは標準的な治療・通院などの流れです。皆様の個々の状態により多少の違いはありますが、かかりつけ医までを含めた複数の医療機関で医療情報を共有し、切れ目のない治療を継続して参ります。十分な機能回復が果たせますように、医療者のみならず手術を受けられた方・御家族の方々の御理解・御協力をお願いします。

◆「神奈川県医療連携手帳」の利点

- ・主治医が複数になると考えることができます。
 - ・異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めるでしょう。
 - ・病院や診療所の混雑が解消される効果も望めるでしょう。
- この手帳を利用することで、患者さんやご家族のお話をもっと伺えるようになるものと考えています。

また、他の病気で別の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。

◆「神奈川県医療連携手帳」の利用

私たちは、神奈川県医療連携手帳を利用することが、患者さんの療養生活や診療方針に役立つと考える場合、利用をお勧めしています。関係する医療機関、患者さんやご家族と相談しながら運用を進めます。使用中の変更・中止の申し出にも応じます。また、この医療連携手帳は、東京都医療連携手帳を基に作成しており、東京都の医療機関との連携が可能です。

「神奈川県医療連携手帳」の使い方

1) **連携元病院の担当の先生**は、患者さんにお渡しする前に下記の部分について記入して下さい。

- a. 5ページの連絡先など
- b. 6ページの診療の情報（1）（2）
- c. 7ページの退院時の特記事項

2) **患者さん**は初めて手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入下さい。

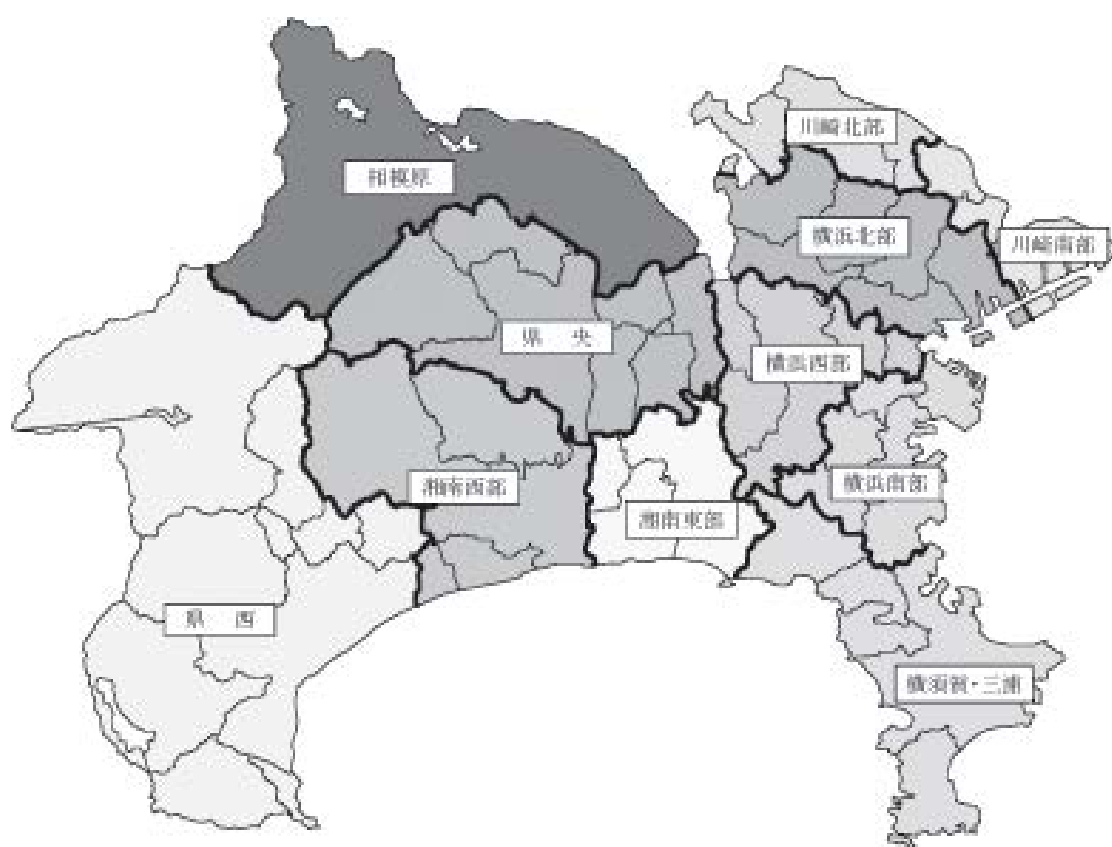
- a. 最終ページ下段（裏表紙）のお名前
- b. 5ページ各項目

また、38～39ページを、ぜひ、お読みください。

3) 10ページ以降の記入は患者さんと医師が共同で行います。医療機関を受診されるときは、かならず、この「手帳」の携帯をお願いします。

患者さんは、診察前にあらかじめ受診の日付と症状などを記入して下さい。

医師は、定時/臨時の診療情報提供書の発行、診察結果のチェックとサイン、必要に応じてコメントの記入をお願いします。（なおこの手帳の診療情報提供書のコピーに押印していただければ、正規の書類となります。）



神奈川県がん診療連携協議会
（社）神奈川県医師会
神奈川県

お名前 _____ 様

初版；平成22年9月、
改定；平成23年1月、