

連携ノート



名前

がん診療連携拠点病院
○○○病院

前立腺がん地域連携パス もくじ

地域連携パスとは

私の診療情報

決定した連携機関の一覧

手術について

術後治療について

前立腺がん治療に関する連携計画書

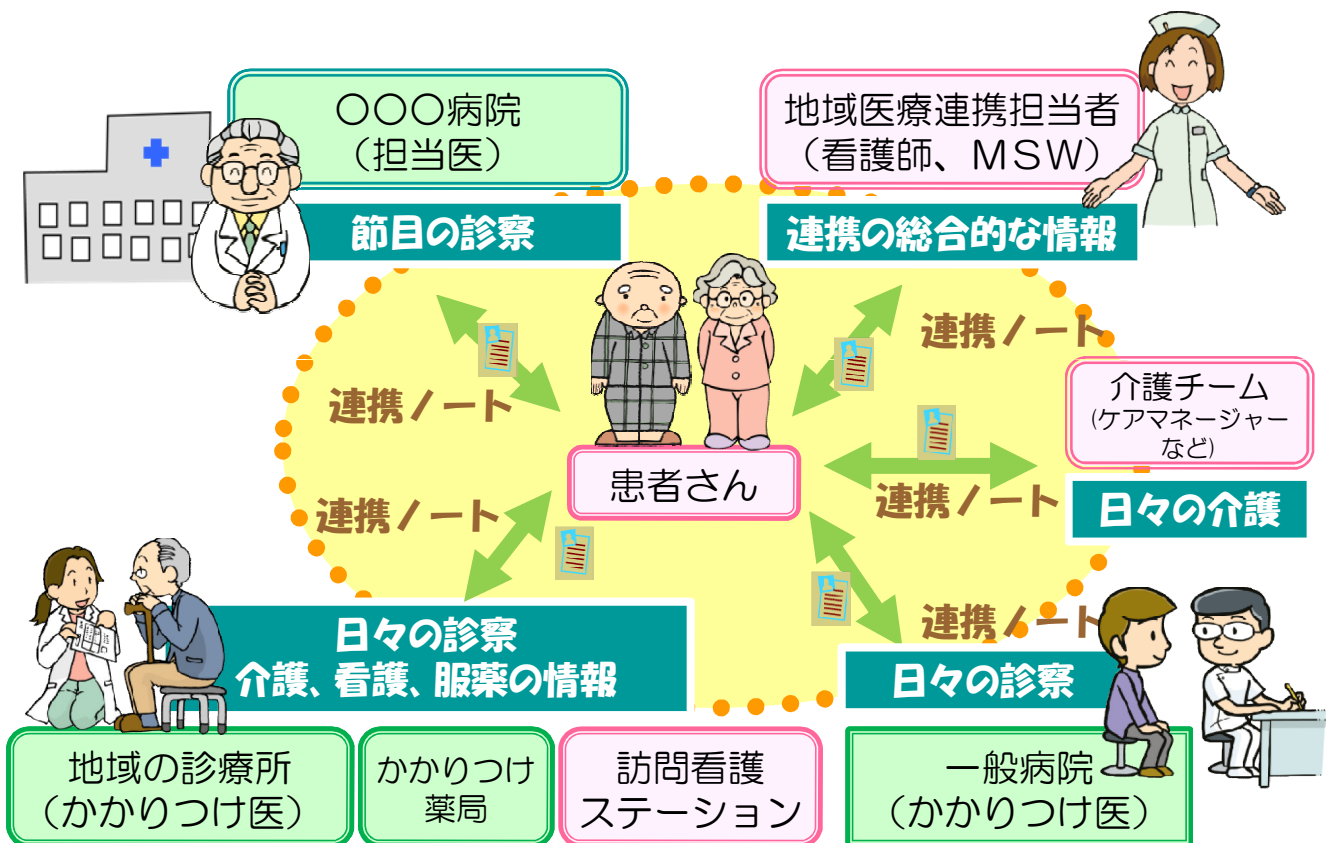
チェックシート

患者さん用メモ

連携ノートの使い方

地域連携パスとは

地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と〇〇〇病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と〇〇〇病院の医師が協力してあなたの治療を行います。



この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と〇〇〇病院が協力し、患者さんの視点に立って安心して質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。

私の診療情報

記載日 年 月 日

| |
|--|
| 名 前 |
| 生年月日 T・S・H 年 月 日 |
| 住 所 |
| 電 話 |
| 緊急連絡先電話番号 |
| 血液型 型 身長 cm 体重 kg |
| アレルギー・今までにかかった病気 <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 () <input type="checkbox"/> 心臓の病気 () <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 () <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 () <input type="checkbox"/> 消化器の病気 () <input type="checkbox"/> その他 () |
| 介護情報について |

決定した連携医療機関の一覧

| | |
|--------------------------------|--------|
| かかりつけ医 | |
| (電話 | — —) |
| 調剤薬局 | |
| (電話 | — —) |
| 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等 | |
| (電話 | — —) |
| 連携病院 | |
| (電話 | — —) |
| 〇〇〇病院 | |
| 担当医 (|) |
| (電話： 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 地域医療連携室) | |
| 担当医療機関 | |
| 手術： | 〇〇〇病院 |
| PSA検査： | かかりつけ医 |
| 採血(その他)： | かかりつけ医 |
| 投薬(その他)： | かかりつけ医 |

手術について

| | |
|-------|--|
| 手術の日 | 年 月 日 |
| アプローチ | <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下 <input type="checkbox"/> 小切開 <input type="checkbox"/> ロボット支援下 |
| 悪性度 | グリソンスコアー (+ =) |
| 進行度 | T () N () M () |

手術後の治療について

- 手術で病変部は切除されています。
- しかし、術後経過中に再発をきたすことがあります。手術後は、再発の有無確認のため、PSA検査（血液検査）をおこないます。
- 手術にともない尿道括約筋の障害や尿道狭窄が起こることがあります。尿失禁や排尿困難の有無も経過観察し、必要な場合は治療も行います。
- この冊子（地域連携パス）には、術後の検査や治療が要約して記載されています。診察や検査、投薬等は、記載されたスケジュールにそって当院と連携病院・診療所でおこないます。
- 連携は地域連携室を中心に行なわれます。病状に変化がみられた場合は、連携先の先生を通じて地域連携室に連絡下さい。連携先から当院への円滑な受診が可能になっています。
- パスとは連携を円滑に運用するための道具です。患者さんは当院と連携病院・診療所と連携して治療を行います。このパスによって患者さんを中心に複数の医療機関によるチーム医療が実現でき、医療の向上が図られます。

前立腺がん治療に関する連携計画書(1～3年)

| | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 〇〇〇病院 かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 〇〇〇病院 かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 〇〇〇病院 かかりつけ医 |
|------|--------|--------|--------|-----------------|--------|--------|--------|-----------------|--------|--------|--------|-----------------|
| | 3ヶ月毎 | 6ヶ月 | 9ヵ月 | 1年 | 1年3ヵ月 | 1年6ヶ月 | 1年9ヵ月 | 2年 | 2年3ヵ月 | 2年6ヶ月 | 2年9ヵ月 | 3年 |
| 診 察 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PSA | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 一般採血 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 投薬 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

- 必ず行います
- 必要時に行います

・上記の受診日はおおまかな目安です。
定期受診日以外でも必要があれば
診察します

前立腺がん治療に関する連携計画書(3~5年)

| | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 〇〇〇病院 かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 〇〇〇病院 かかりつけ医 |
|------|--------|--------|--------|-----------------|--------|--------|--------|-----------------|
| | 3年3ヵ月 | 3年6ヶ月 | 3年9ヵ月 | 4年 | 4年3ヵ月 | 4年6ヶ月 | 4年9ヵ月 | 5年 |
| 診 察 | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| PSA | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 一般採血 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 投薬 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

- 必ず行います
- 必要時に行います

・5年目以降も原則、最低3ヵ月毎にかかりつけ医に受診します。

・〇〇〇病院へは10年目に受診します

・上記の受診日はおおまかな目安です。
定期受診日以外でも必要があれば診察します

自己チェックシート

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 受診日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| PSA値 | ()ng/ml | ()ng/ml | ()ng/ml | ()ng/ml |
| 尿失禁 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/日 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/日 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/日 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/日 |
| 排尿困難 | <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 |
| その他 | | | | |

| | | | | |
|------|---|---|---|---|
| 受診日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| PSA値 | ()ng/ml | ()ng/ml | ()ng/ml | ()ng/ml |
| 尿失禁 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/ 日 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/ 日 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/ 日 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり パッド () 枚/ 日 |
| 排尿困難 | <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 |
| その他 | | | | |

患者さん用メモ

| 年月日 | 連絡事項等あればご記入ください | 医師・看護師のコメント |
|-----|-----------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

連携ノートの使い方

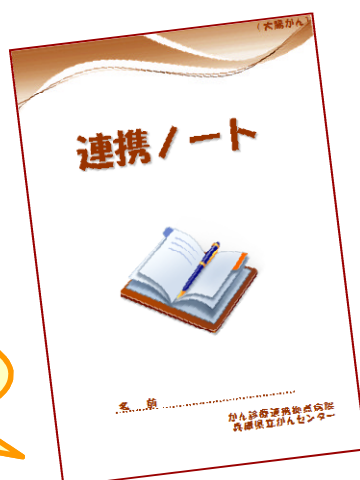
- 連携ノートには、以下の内容が綴られています。

1. 私の診療情報
2. 決定した連携医療機関の一覧と連絡先
3. 地域連携計画書（患者さん用連携パス）
 - ・ 5年～10年先までの診療の計画をたてたものです。
 - ・ 「いつ・どこを受診するのか」といった予定が一目でわかるほか、検査結果なども記入できるようになっています。
4. 自己チェックシート（任意）
 - ・ 患者さんの手術後の体の状態をチェックする用紙です。
5. おくすり手帳（任意）

- 患者さんの状態や思いは「連携ノート」を通して情報交換を行います。
- 連携ノートは、患者さんと医療機関が連携して患者さん中心の治療を切れ目なく続けるための貴重な資料です。
- 患者さんの個人情報が含まれますので、患者さんご自身でしっかりと管理していただく必要があります。

連携の総合的な情報

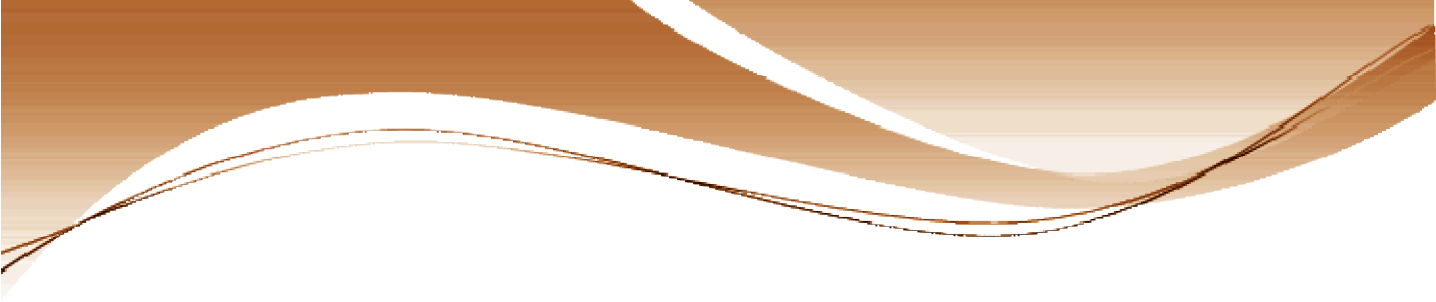
看護、介護、服薬の情報



日々の診察

節目の診察

* 医療機関を受診される際には忘れずお持ちください



ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医（連携医）にご相談ください。かかりつけ医（連携医）から当院への円滑な受診が可能になっております。

かかりつけ医（連携医）

TEL：

連携病院

TEL：

〇〇〇病院

TEL：

平日（ ～ ）：地域医療連携室

平日時間外（ ～ ）及び土、日、祝祭日：日直/夜間当直