



心血管フォローアップ手帳

～ がんサバイバーの心血管病をケアするために ～



もくじ

1	心血管フォローアップ手帳とは	1
	● がんサバイバーとは？	
2	患者さんへ、医療従事者の方々へ	2
	● 本手帳のご使用にあたって	
3	使用手順の案	3
4	あなたの大切な情報	4
	● かかりつけ医	... 4
	● アレルギーの記録	... 5
5	がん治療について	6
	● がん治療のまとめ	... 6
	● 心毒性・血管毒性のあるがん治療	... 7-8
	● 心臓検査について	... 9
6	主な既往歴・合併症	10
	● 体内医療機器	... 10-11
	● 血栓症	... 12
	● がん以外の病気	... 13
	● がん以外の手術	... 14
7	その他	15
	● 兵庫県がんサポートブック	... 15
	● 腫瘍循環器とその基本的な考え方	... 16
	● MEMO	... 17

MEMO

心血管フォローアップ手帳（第1版）

2024年12月

発行：兵庫県がん診療連携協議会

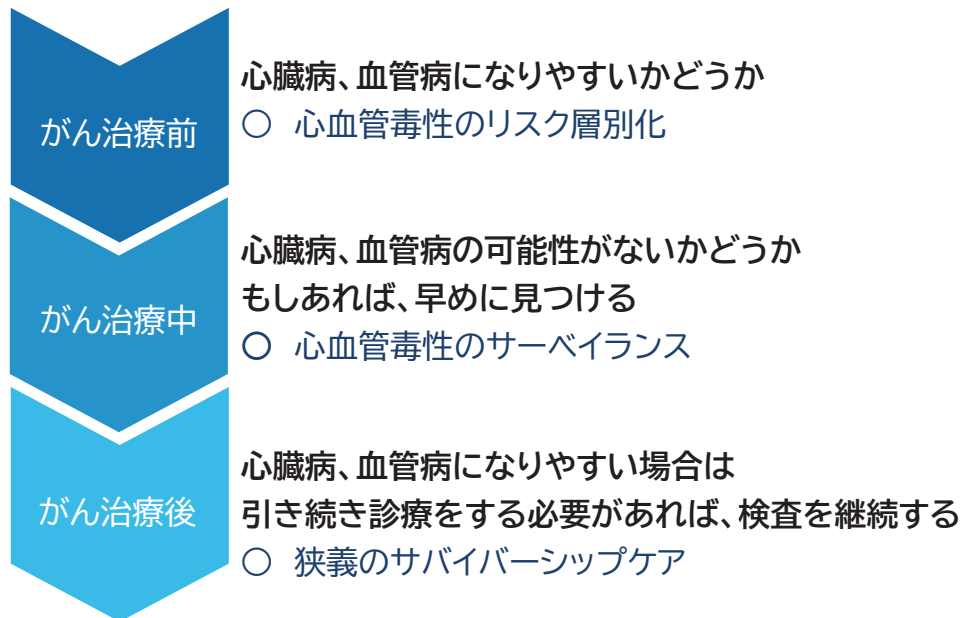
兵庫県立がんセンター 特許出願済

7 その他

～腫瘍循環器とその基本的な考え方～

- 1 がんサバイバーの方が 将来的に**心臓病、血管病で困らない**ために
- 2 心臓病や血管病を治療中の方が **安全にがん治療が受けられる**ように
- 3 がん治療による**心毒性、血管毒性を早めに診断して治療できる**ように

これらのことから **腫瘍循環器**(しゅようじゅんかんき) という領域が作られ徐々に広がってきています



それぞれの段階で心臓病、血管病のケアをするというのが
基本的な考え方です

1 心血管フォローアップ手帳とは


この手帳は、がんサバイバー※¹の心臓病、血管病に関してまとめるためのものです

あなたの今までのがん治療は有効ですが、一部のがん治療は将来的な心臓病、血管病やほかの内科の病気に関連する可能性があると言われています

いま現在受けられている治療や、いままでがんばってこられた治療の影響で将来的に心臓病、血管病がでることに備えて、できるかぎりご自分の治療内容をご自分で管理をすることが大切と考えています

体調管理にこの手帳を役立てていただけますと幸いです

医療機関を受診される際は、医療者にご提示ください この手帳の使用法や記載内容に関してご不明なことがありましたら遠慮なくお尋ねください

 ※¹ **がんサバイバー**とは？
がん治療の経験者だけではなく、**がんと告知されたときから、がん治療中の方も含めて、がんとともに生きていらっしゃる皆さまを「サバイバー：survivor」と呼んでいます**（NCCNガイドライン）

あなたのプロフィール

氏名	
生年月日	
住所	〒
電話番号	電話番号：
緊急連絡先	氏名： 関係性： 電話番号：

2 患者さんへ、医療従事者の方々へ

～本手帳のご使用にあたって～

本手帳を受け取った施設名

患者さんへ

1. この手帳を受け取られましたら、まずは1ページのプロフィールをご記入ください
2. これまでのがん治療や心臓病などの既往歴、そのほか該当する箇所をご記入ください
3. 患者さん自身で記入するのがむずかしい項目は、医師や看護師にお伝えください

医療従事者の方々へ

この手帳の目的

1. **がんサバイバー※**の心臓病、血管病の自己管理
それぞれの病気の管理というよりは、心臓病、血管病を通してがんサバイバーの自己管理を目指し、その手助けとなることを目的としています
2. **医療従事者にとって、がんサバイバーの心臓病、血管病の診療において必要不可欠な情報を一元的に管理することを目指す**
3. **病気や治療などに関する情報掲載（マーク）**
マークは1,6,7,10,13,15,16ページの7ヶ所にあります
手帳の作成には「腫瘍循環器」に携わる医師が関わっています
上記の目的のため、がんや心臓病と関係ないと感じるような項目が含まれているかもしれません また医学用語と一般の方向けの用語が混在していますがご了承願います

※1 | ページご参照

7 その他

～「兵庫県 がんサポートブック 第2版」のご紹介～

がんと診断された方や、その方を支える周囲の方々向けのサポートブックがあります



医療費の支援制度、医療に関する相談窓口などが掲載されていますので、ご覧になってみてください
兵庫県のホームページからダウンロードできます



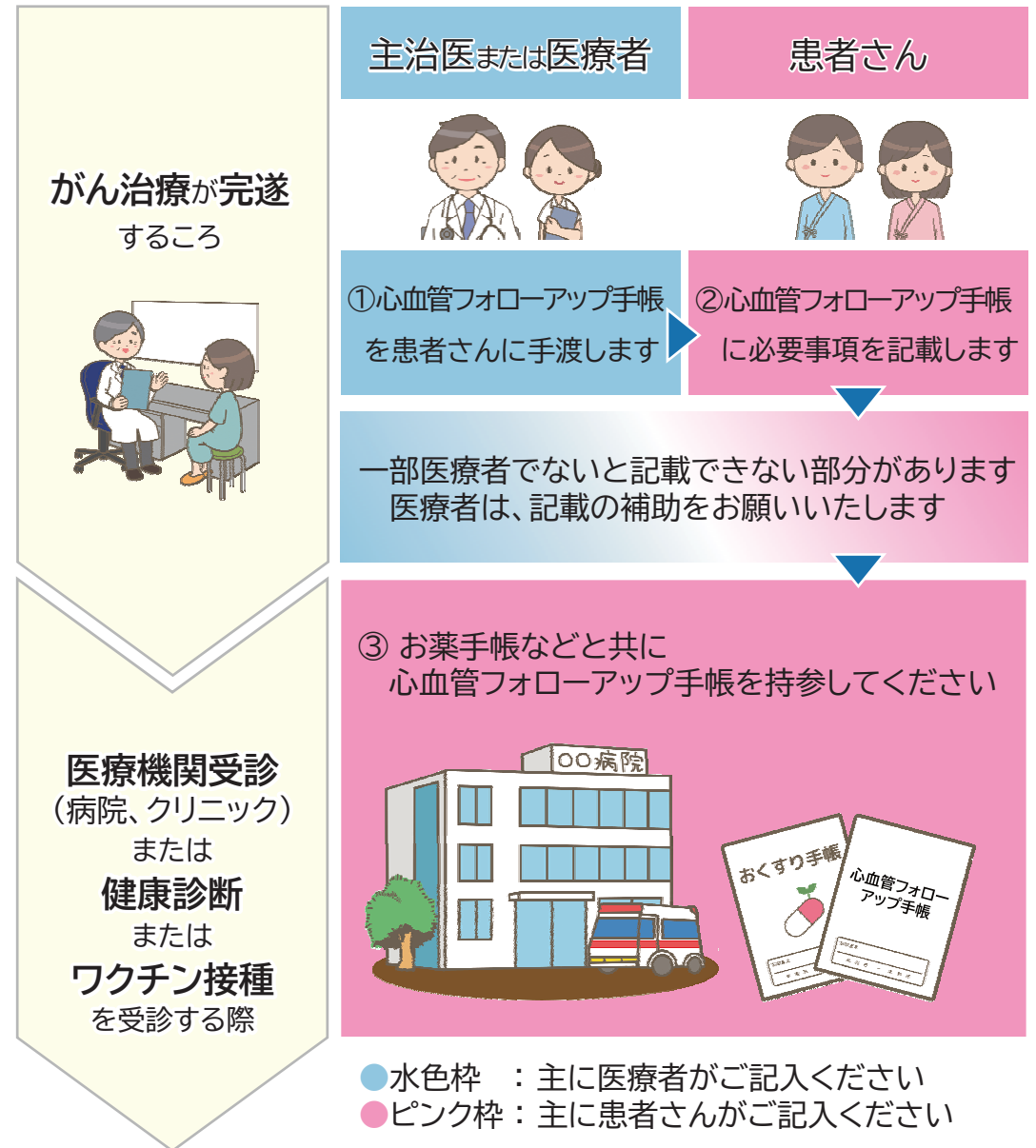
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/documents/gansupportbook.pdf>

6 主な既往歴・合併症 ～がん以外の手術～

6ページでご記入されたがんの手術以外で、手術を受けられたことがあればご記入ください

外科的治療(手術)		医療機関名 主治医・担当医
(病名)	(術式)	
(病名)	(術式)	
(病名)	(術式)	
(病名)	(術式)	
(その他)		
(その他)		

3 使用手順の案 ～心血管フォローアップ手帳の使い方～



4 あなたの大切な情報 ～かかりつけ医～

患者さんご自身でご記入ください
(欄が足りない場合は枠外にご記入ください)

内科(循環器科) かかっている病名:	医療機関名: 先生の名前: 電話番号:
歯科 齲歯(虫歯): <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名: 先生の名前: 電話番号:
眼科 緑内障(閉塞隅角): <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名: 先生の名前: 電話番号:
泌尿器科 前立腺肥大: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名: 先生の名前: 電話番号:
____科	医療機関名: 先生の名前: 電話番号:

6 主な既往歴・合併症 ～がん以外の病気～

患者さんご自身でご記入ください

- これまでに診断されたことのある心臓病、血管病
- いま受けている心臓病、血管病
- 心臓病、血管病に関連する可能性があるほかの病気



疾患名	初めて治療を受けた日			医療機関名
	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 心不全、弁膜症(心臓が悪い、弁膜症 心臓に雑音がする、心臓が大きいなど)				
<input type="checkbox"/> 高血圧(血圧が高い)				
<input type="checkbox"/> 狭心症、心筋梗塞				
<input type="checkbox"/> 脳梗塞				
<input type="checkbox"/> 頸動脈狭窄(首の血管が細い)				
<input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症(足の血管が細い)				
<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺動脈血栓塞栓症 (足の静脈血栓、肺血栓、肺塞栓)				
<input type="checkbox"/> 不整脈				
<input type="checkbox"/> 脂質異常症(コレステロールが高い 中性脂肪が高い)				
<input type="checkbox"/> 糖尿病				
<input type="checkbox"/> 腎臓病(腎臓が悪い)				
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 ※ ⁵				
<input type="checkbox"/> その他 ()				

※⁵ 骨粗鬆症のおくすりのなかで、血栓の病気があると使用できないものがあります 詳しくは医療者にお尋ねください

6 主な既往歴・合併症 ～血栓症～

患者さんご自身でご記入ください
(欄が足りない場合は枠外にご記入ください)

● 抗血小板剤、抗凝固剤(血液をサラサラにする薬)を

- 飲んでいない
 飲んでいる
 飲んでいた(いつまで:)

【薬剤名: _____】

(年 月 日 確認)

● 静脈血栓症(深部静脈血栓、肺動脈血栓塞栓症)で 飲んでいるまたは飲んでいたと回答された方は、以下につ いてご記入ください

- 深部静脈血栓 治療中 治療後
 肺動脈血栓塞栓症(肺塞栓症) 治療中 治療後

MEMO

4 あなたの大切な情報 ～アレルギーの記録～

患者さんご自身でご記入ください
(欄が足りない場合は枠外にご記入ください)

● くすりのアレルギー あり なし

薬品名	アレルギーが 出た日			症 状
	年	月	日	
造影剤	/			

- 気管支喘息 あり なし
 ● アルコールのアレルギー あり なし
 ● くすり以外のアレルギー あり なし
 具体的にご記入ください


● 感染症：HBV() HCV() その他()

● 採血禁止の指示 なし ひだり腕 みぎ腕
(理由)

● 血圧測定禁止の指示 なし ひだり腕 みぎ腕
(理由)

5 がん治療について ～心毒性・血管毒性のあるがん治療～


下表のなかで該当する項目をご記入ください

 主治医または担当の薬剤師、看護師、医療従事者の方は
下表の当てはまる項目にご記入ください

使用したことがある 心毒性のあるお薬	投与開始日	最終投与日	医療機関名
<input type="checkbox"/> 心血管毒性のある分子標的薬 (免疫チェックポイント阻害薬以外) (薬剤名)	年 月 日	年 月 日	
(薬剤名)			
<input type="checkbox"/> 免疫チェックポイント阻害薬 (薬剤名)			
(薬剤名)			
<input type="checkbox"/> ホルモン治療 (薬剤名)			
(薬剤名)			
<input type="checkbox"/> 放射線治療 照射部：ひだり胸部・縦隔・その他	治療期間	照射量	
		Gy	
MEMO			

5 がん治療について ～心臓検査について～

下表のなかで該当する項目をご記入ください

 主治医または担当の薬剤師、看護師、医療従事者の方は
下表の当てはまる項目にご記入ください

●心エコー(心臓超音波)

検査の予定: 3ヶ月毎 1,2年毎 5年毎 その他()

●心エコー所見

治療前 (年 月 LVEF: GLS: その他所見:)
 (年 月 LVEF: GLS: その他所見:)
 (年 月 LVEF: GLS: その他所見:)
 (年 月 LVEF: GLS: その他所見:)
 (年 月 LVEF: GLS: その他所見:)

(最終心エコー検査施行日: 年 月 日
LVEF %、GLS %)

●血液検査

BNP: トロポニン:
 BNP: トロポニン:
 BNP: トロポニン:
 BNP: トロポニン:
 BNP: トロポニン:

追加分はMEMOに記載してください

MEMO