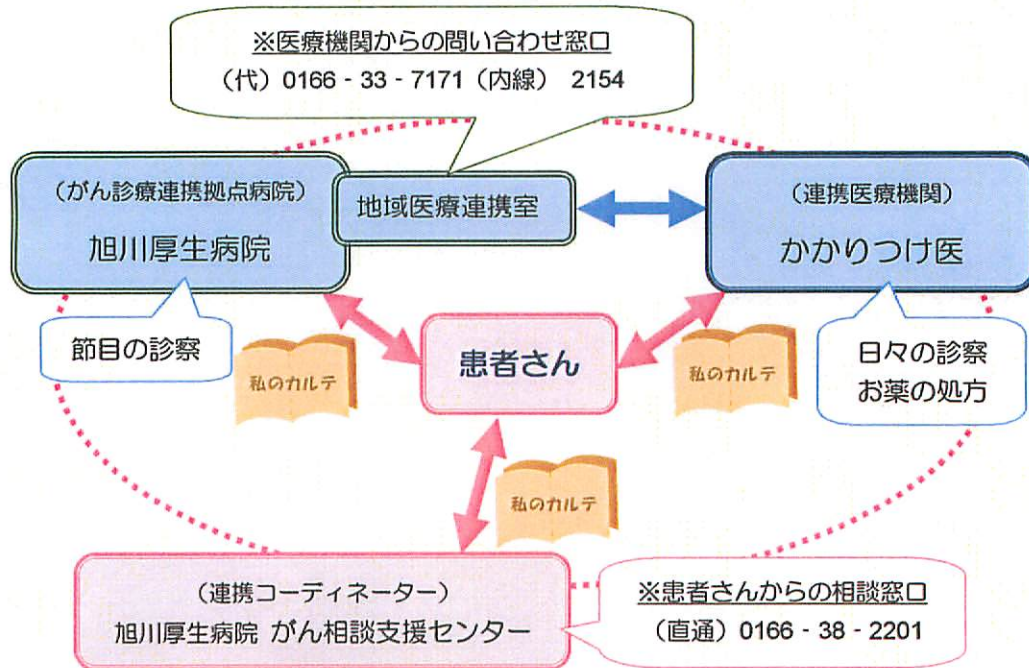


(肺)

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

# 私のカルテ

肺



ID・氏名 (シール貼付)

(私のカルテー共通)

## 「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、患者さん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。



(私のカルテー共通)

【かかりつけ医】

(シール貼付)

担当医師

先生

【がん診療連携拠点病院】

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

〒078-8211 旭川市一条通 24 丁目 111 番地

(代表) 0166 - 33 - 7171 (※夜間休日は、救急外来の対応)

□地域医療連携室：(内線) 2154

□がん相談支援センター：(直通) 0166 - 38 - 2201

担当医師

科

(私のカルテー共通)

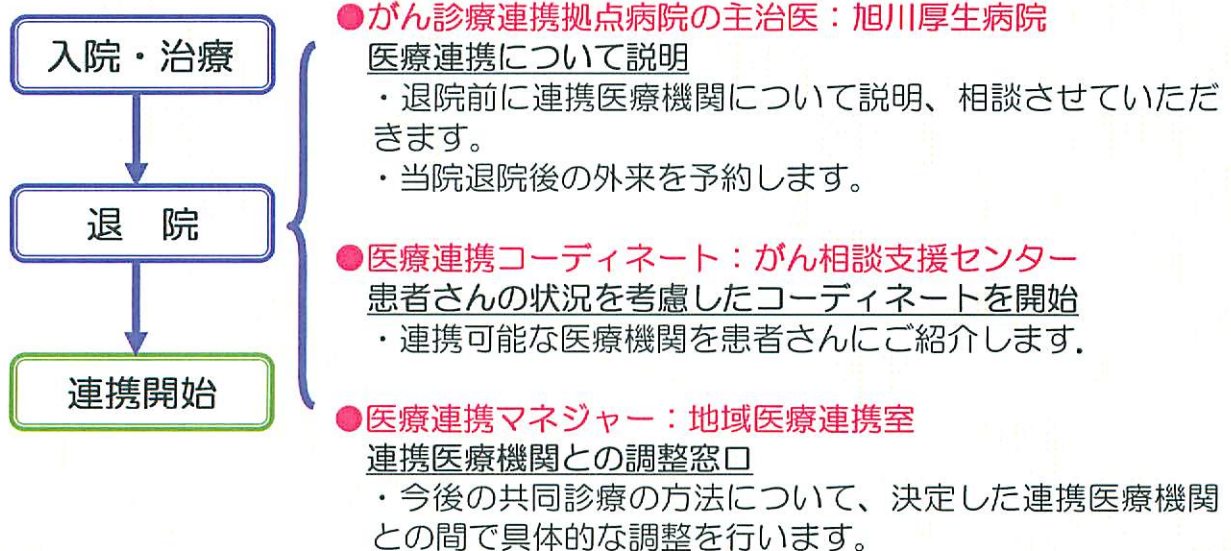
## 「地域連携クリティカルパスについて」

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。
- 「連携パス」に基づいて主治医が複数になり、協力して診療を行います。

### 地域医療連携フローチャート



(私のカルテー肺)

## 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。)





### 医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

| 質問したいこと | 医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス |
|---------|----------------------|
| 年 月 日   | 年 月 日                |
|         |                      |
| 年 月 日   | 年 月 日                |
|         |                      |
| 年 月 日   | 年 月 日                |
|         |                      |
| 年 月 日   | 年 月 日                |
|         |                      |
| 年 月 日   | 年 月 日                |
|         |                      |

### 医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

| 質問したいこと<br>年 月 日 | 医師・看護師・薬剤師などからのアドバイス<br>年 月 日 |
|------------------|-------------------------------|
|                  |                               |
| 年 月 日            | 年 月 日                         |
|                  |                               |
| 年 月 日            | 年 月 日                         |
|                  |                               |
| 年 月 日            | 年 月 日                         |
|                  |                               |
| 年 月 日            | 年 月 日                         |
|                  |                               |



## 肺がん術後UFT内服パス

(1～6か月)

患者名: \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

| 診療施設                                   | 旭川厚生病院  | 旭川厚生病院                                    | かかりつけ医   | 旭川厚生病院   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 旭川厚生病院  |
|--|---|---|--|--|--|--|---|
| 受診日                                    | ／<br>内服前  | ／<br>1ヵ月目                                 | ／<br>2ヵ月目  | ／<br>3ヵ月目  | ／<br>4ヵ月目  | ／<br>5ヵ月目  | ／<br>6ヵ月目   |
| 達成目標                                   | ・UFT内服の必要性を理解する<br>・UFTの副作用の説明を受けた  |   | ・安全に内服できる  | ・再発がない   | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・再発がない  |
| 治療・薬剤                                  |   | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                        | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg   |
| 検査                                     | <input type="checkbox"/> 胸部X線写真<br><input type="checkbox"/> 胸部CTscan<br><input type="checkbox"/> 血液検査<br>*有意な腫瘍マーカー( )                              | <input type="checkbox"/> 胸部X線写真           | <input type="checkbox"/> 血液検査                            | <input type="checkbox"/> 胸部X線写真<br><input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 血液検査                            | <input type="checkbox"/> 血液検査                            | <input type="checkbox"/> 胸部CTscan<br><input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 活動・安静度                                 | 制限ありません   |   |  |  |  |  |   |
| 口内炎                                    |   | 有・無                                       | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 吐き気                                    |   | 有・無                                       | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 下痢                                     |   | 有・無                                       | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 食欲低下                                   |   | 有・無                                       | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 皮膚の異常                                  |   | 有・無                                       | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 倦怠感                                    |   | 有・無                                       | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 患者様及びご家族への説明<br>服薬指導<br>連絡事項<br>(余白記載) | <input type="checkbox"/> UFTの説明<br><input type="checkbox"/> 薬剤師からのUFTの説明<br><input type="checkbox"/> 薬剤師による併用薬の確認<br><input type="checkbox"/> 治療同意書 |   | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は旭川厚生病院に連絡 |  | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は旭川厚生病院に連絡 | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は旭川厚生病院に連絡 |   |



(7~12カ月)

患者名: \_\_\_\_\_

男・女

生年月日:

年

月

日

| 診療施設                                   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 旭川厚生病院  |
|--|--|--|--|--|--|---|
| 受診日                                    | /<br>7カ月目  | /<br>8カ月目  | /<br>9カ月目  | /<br>10カ月目   | /<br>11カ月目   | /<br>12カ月目  |
| 達成目標                                   | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・安全に内服できる  | ・再発がない  |
| 治療・薬剤                                  | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                    | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                    | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                    | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                    | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg                    | 朝: _____ mg<br>昼: _____ mg<br>夕: _____ mg   |
| 検査                                     | <input type="checkbox"/> 血液検査<br>*有意な腫瘍マーカー( )               | <input type="checkbox"/> 血液検査                                | <input type="checkbox"/> 血液検査                                | <input type="checkbox"/> 血液検査                                | <input type="checkbox"/> 血液検査                                | <input type="checkbox"/> 胸部CTscan<br><input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 活動・安静度                                 | 制限ありません  |  |  |  |  |   |
| 口内炎                                    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 吐き気                                    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 下痢                                     | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 食欲低下                                   | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 皮膚の異常                                  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 倦怠感                                    | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無  | 有・無   |
| 患者様及びご家族への説明<br>服薬指導<br>連絡事項<br>(余白記載) | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は<br>旭川厚生病院に連絡 | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は<br>旭川厚生病院に連絡 | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は<br>旭川厚生病院に連絡 | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は<br>旭川厚生病院に連絡 | <input type="checkbox"/> 副作用の確認<br>・強い副作用症状の場合は<br>旭川厚生病院に連絡 |   |









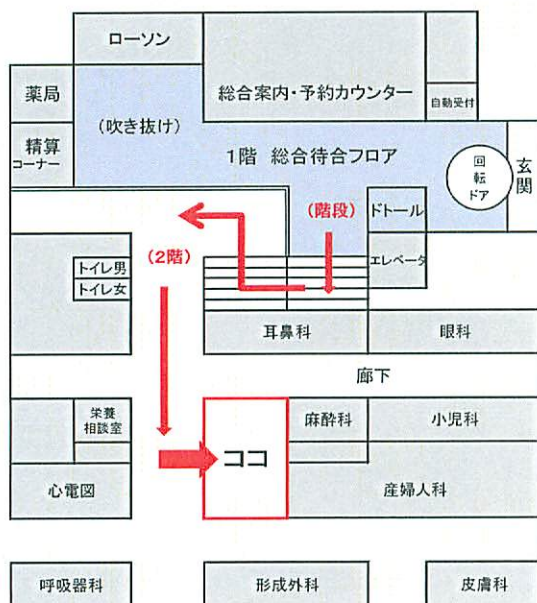


(私のカルテ一部署の案内)

あらゆる相談の窓口です

## 総合相談センター・がん相談支援センター

病気や怪我に関する不安や悩み、治療、検査、医療費、介護保険や身体障害者手帳、傷病手当などの社会福祉制度、家庭介護・看護、退院後の療養に関する事、転院や施設入所に関する事、訪問診療・訪問看護等の在宅医療に関する事、セカンドオピニオン、緩和ケア、患者会、患者・家族サロンに関する事など、さまざまにご相談に対応いたします。(相談は無料です)



どうぞお気軽に  
ご相談ください。



【場所】 旭川厚生病院2階

【対応時間】 平日 8:30~17:00

【がん相談直通電話】 0166-38-2201

【相談員】 がん相談員、保健師、看護師

医療ソーシャルワーカー (社会福祉士)

連携医療機関からの問い合わせ窓口

## 地域医療連携室

がん診療連携クリティカルパス運用に関する事、患者さんの受診や予約に関する事、医師等への連絡調整などは、地域医療連携室が対応いたします。 ☎ (代表) 0166-33-7171 (内線) 2154

平日 8:30~17:00 (夜間休日は、救急外来対応となります。)