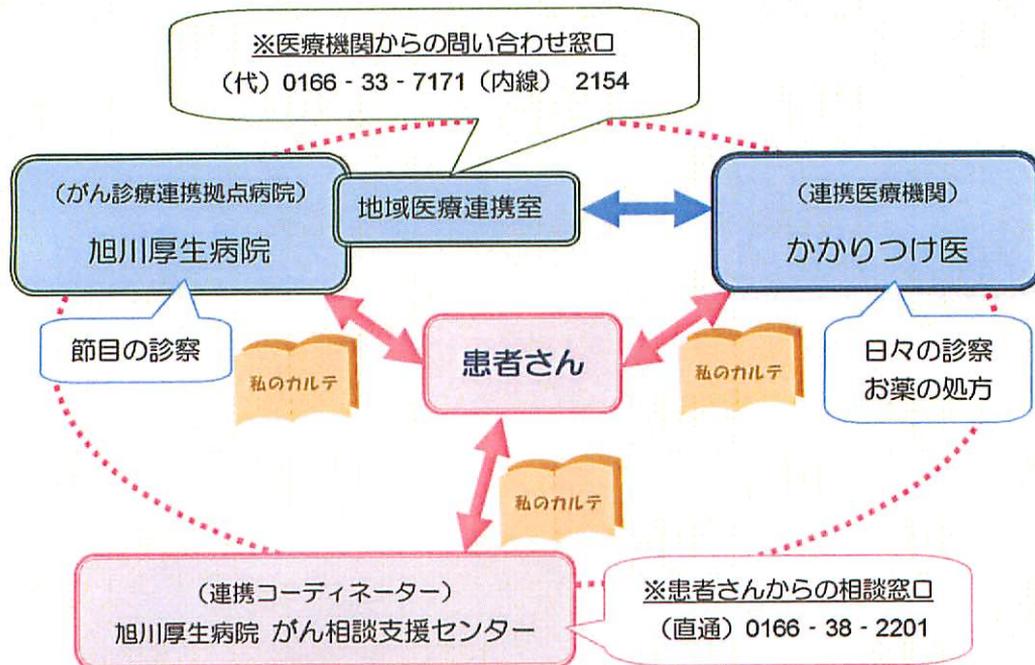


(肝)

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

# 私のカルテ

肝



ID・氏名 (シール貼付)

## 「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

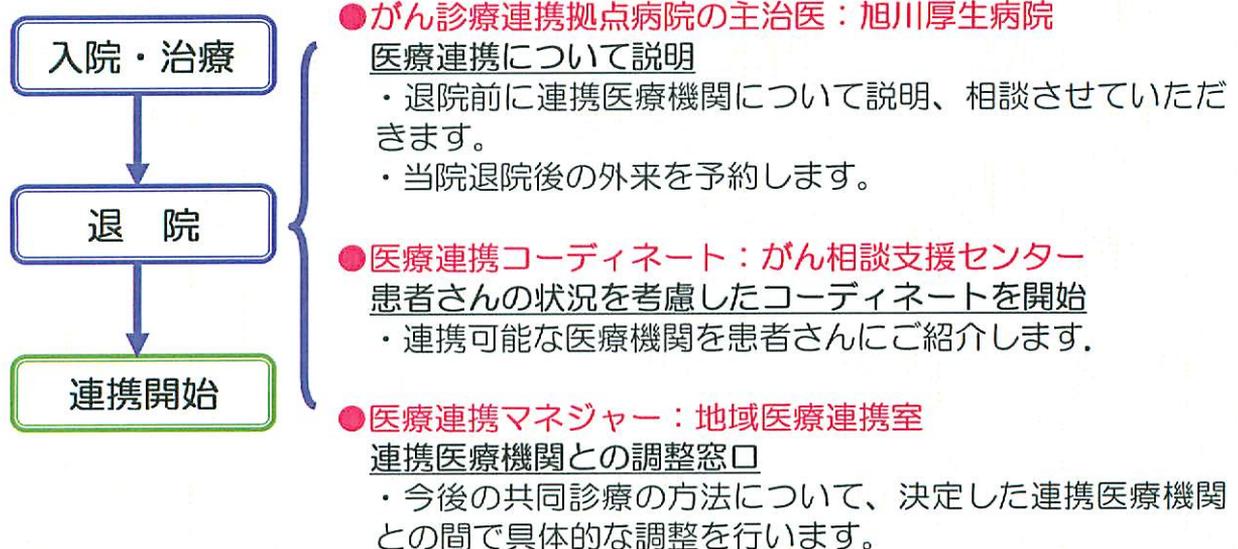
## 「地域連携クリティカルパスについて」

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



(私のカルテ一肝)

## 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	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

# 肝がん術後連携パス

(経過:退院時～3ヶ月)

診療場所	旭川厚生病院	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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 <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
NH3				
AFP				
PIVKA-II				
WBC				
Hb				
Plt				
むくみ	<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 <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)				

# 肝がん術後連携パス

(経過:4ヶ月~6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過:7ヶ月～9ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過:10カ月～1年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	10ヶ月	11ヶ月	1年
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過: 1年1ヵ月～1年3ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過: 1年4ヵ月～1年6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過: 1年7ヶ月～1年9ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過:1年10ヶ月～2年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過:2年1ヵ月～2年3ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過:2年4ヶ月～2年6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過: 2年7ヶ月～2年9ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
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"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

# 肝がん術後連携パス

(経過:2年10ヶ月～3年)

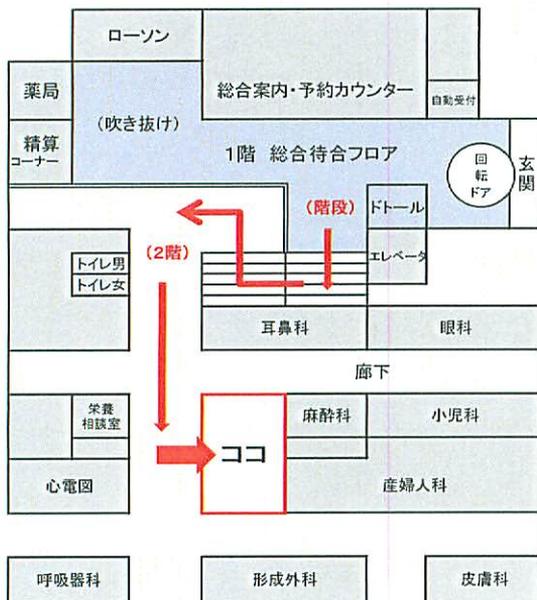
診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	旭川厚生病院
経過	2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

(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。)