




# 東京都医療連携手帳運用手順書 治療病院用

## 1 地域連携クリティカルパス適応の患者さんの選定

東京都医療連携手帳(以下、手帳)を発行する患者さんを選定してください。

### 選定対象

治療病院とかかりつけ医の両方で地域連携診療計画に沿って治療を行うことを了承した患者さん。※その旨をカルテにも記載しておくことが望ましい。

東京都医療連携手帳 



## 2 がん治療連携計画策定料1の算定の確認

算定 **有** 無

※この項目は、治療病院が記載します。

がんと診断されてから最初の入院をした患者さんについて、退院時又は退院後30日以内に手帳を発行した場合、**がん治療連携計画策定料1(計画策定病院)750点**の算定(令和2年4月現在)が可能です。

がん治療連携計画策定料1を算定した場合は、裏表紙の算定欄「有」に○を、算定しなかった場合は「無」に○をつけてください。

※診療報酬の算定要件については、厚生労働省告示等をご確認ください。

## 3 手帳に必要記載事項を記載

- ① P3の「治療病院」の項目へ記載(スタンプ可)をお願いします。
- ② P5~P14の手術などの診療歴や今後の予定など、赤枠内の記入をお願いします。

**P3**

患者さんは、38ページ「この連携手帳の使い方について」をご参照のうえ、各項目をご記入ください。

氏名欄および現在治療中の肺がん以外の病状

治療病院

TEL

ID

科名

主治医

かかりつけ医

TEL

ID

主治医

かかりつけ医

TEL

アレルギー(食べ物・花粉など)

使用禁止薬剤

内服薬(お薬手帳がある時記入不要)

**P5**

診断・治療

初回

胸部レントゲン写真上の異常・大きさなど

手術療法

手術日 20 年 月 日

術式

放射線療法

照射部位

照射量(回数)

期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

腫瘍マーカー

CEA ng/mL  SCC ng/mL

CYFRA ng/mL  SLC U/mL

NSE ng/mL  proGRP pg/mL

※T, N, Mはステージ別につけ、37ページをご確認ください。

**P11**

手術法(肺がん、分子標的治療、免疫チェックポイント阻害薬など)

手術に際しての腎臓事項

レジメン

薬剤名

投与量 /m<sup>2</sup> 回数 日

期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

レジメン

薬剤名

投与量 /m<sup>2</sup> 回数 日

期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

レジメン

薬剤名

投与量 /m<sup>2</sup> 回数 日

期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

レジメン

薬剤名

投与量 /m<sup>2</sup> 回数 日

期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

**P13**

診断・検査予定表

(今後の診療計画を協議してありますが、その他の検査を行った場合は必要に応じて訂正してご使用ください。)

名前

決断済( )

検査内容

	1st	2nd	3rd	4th	5th	6th	7th	8th	9th	10th	11th	12th	13th	14th	15th	16th	17th	18th	19th	20th
同 診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
肺 節 診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査 (肝、腎臓、腫瘍マーカーを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部レントゲン (肺に異常が見られる場合は)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー (CEA, CYFRA, NSE, SCC, SLC, proGRPを含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

1 ~ 3 を実施の上、患者さんに手帳をお渡しください。

