



東京都医療連携手帳運用手順書 患者さん用

東京都では、地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」を運用しています。「東京都医療連携手帳」（以下、手帳）は、手術・治療を施行した専門病院（治療病院）とかかりつけ医が役割を分担して、相互に連携しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供することによって、切れ目のない治療を行うためのものです。



手帳を使うことによる利点

- ① 医療機関同士が、患者さんの治療経過を共有できるので、より適切な診療が可能になります。
- ② 診療予定表により、「いつ」「どこで」「どんな」検査や診療を受ければよいかわかります。

1 手帳をもらった時

手帳をもらったら、P3・4のお名前など、赤枠の各項目へご記入ください。

P3	P4																																																																			
<p>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。</p>																																																																				
<table border="1"><tr><td colspan="2">お名前</td></tr><tr><td>生年月日 (西暦)</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm</td><td>体重</td><td>kg</td></tr><tr><td colspan="4">治療病院</td></tr><tr><td colspan="4">T E L</td></tr><tr><td colspan="4">I D</td></tr><tr><td colspan="4">主治医</td></tr><tr><td colspan="4">かかりつけ医(1)</td></tr><tr><td colspan="4">T E L</td></tr><tr><td colspan="4">I D</td></tr><tr><td colspan="4">主治医</td></tr><tr><td colspan="4">かかりつけ医(2)</td></tr><tr><td colspan="4">T E L</td></tr><tr><td colspan="4">I D</td></tr><tr><td colspan="4">主治医</td></tr><tr><td colspan="4">かかりつけ薬局</td></tr><tr><td colspan="4">T E L</td></tr></table>	お名前		生年月日 (西暦)	年 月 日	身長	cm	体重	kg	治療病院				T E L				I D				主治医				かかりつけ医(1)				T E L				I D				主治医				かかりつけ医(2)				T E L				I D				主治医				かかりつけ薬局				T E L				<table border="1"><tr><td>既往歴および現在治療中の病気</td></tr><tr><td>アレルギー (薬、食べ物等)</td></tr><tr><td>内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)</td></tr></table>	既往歴および現在治療中の病気	アレルギー (薬、食べ物等)	内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)
お名前																																																																				
生年月日 (西暦)	年 月 日																																																																			
身長	cm	体重	kg																																																																	
治療病院																																																																				
T E L																																																																				
I D																																																																				
主治医																																																																				
かかりつけ医(1)																																																																				
T E L																																																																				
I D																																																																				
主治医																																																																				
かかりつけ医(2)																																																																				
T E L																																																																				
I D																																																																				
主治医																																																																				
かかりつけ薬局																																																																				
T E L																																																																				
既往歴および現在治療中の病気																																																																				
アレルギー (薬、食べ物等)																																																																				
内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)																																																																				
03	04																																																																			

2 受診するとき

治療病院・かかりつけ医へ受診する前に、P11以降の「患者さん記入欄」へご記入ください。
医療機関を受診する際は必ずこの手帳をご持参ください。

P11

診療記録 (1年目) 名 前: _____

治療病院ID: _____

●は治療病院で行います
○はかかりつけ医または治療病院で行います
□はStageII・IIIの方に追加となる診察・検査です

手術日	1 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月	9 ヶ月	1 年
20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
受診機関	●	○	○	○	●
体 重	kg	kg	kg	kg	kg
下記の症状がある場合はチェックを入れてください					
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸やけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下 痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹 痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発 熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他気になる症状					
採血 CEA CA19-9		○	○	○	○
内視鏡検査					○
腹部CT/腹部US			○		○
胸部X線/胸部CT			○		○
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 CT番号記入					

※書ききれない場合は通信欄へ

11 12

3 その他

P23以降の「自由記載欄」は、ご自由にご記入ください。

P23

自由記載欄 (患者さん用)

年月日	メ	モ	年月日	メ	モ

23 24