



# 東京都医療連携手帳運用手順書 かかりつけ医用

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。



## 1 手帳の確認・記入

- ① P3の赤枠内「かかりつけ医」の項目について、記載(スタンプ可)をお願いいたします。
- ② P5~P10には治療病院での診療内容や今後の予定が記載されていますので、ご確認ください。
- ③ P11以降の「診療記録」について、赤枠内の記入をお願いいたします。要点のみで結構です。
- ④ 書き切れない場合や特別な伝達事項がある場合にはP17以降の「通信欄」をご利用下さい。

※P11以降の「診療記録」及びP17以降の「通信欄」は、お互いの診療状況を把握するため、治療病院とかかりつけ医の両方がそれぞれ記入します。

**P3**

患者さんは、36ページこの連携手帳の使い方について、巻ご参照のうえ、各項目をご記入ください。

氏名欄

お名前	
生年月日(西暦)	年 月 日
身長	cm
体重	kg
血液型	
TEL	
ID	
主治医	

かかりつけ医(1)

TEL	
ID	
主治医	

かかりつけ医(2)

TEL	
ID	
主治医	

かかりつけ医

TEL

居住歴および現在治療中の病院

アレルギー(薬、食、物等)

内服薬【お薬手帳がある時は記入不要】

**P5**

手術記録

手術日 20 年 月 日

術式 開腹・腹腔鏡下: ロボット・腹腔鏡有/無  
胃全摘・部分切除/胃切除 臓門部切除/臓門部切除  
リンパ節切除・部分切除

術後 DO・D1・D14・D21・D24

病歴

既往歴

安全確認 (Roux en Y) 臓門部切除 (ゲルメクトミー) (空腸胃置)

術後治療の有無 内服薬治療( )  
放射線治療( )

病変の部位・進行度

部位(U・M・L) 大径さ X cm 転移( )

がんの深達度 T1a・T1b・T2・T3・T4a・T4b

リンパ節転移 N( ) 転移臓器 / 径 遠隔転移 M( )

肝転移 H( ) 膵臓転移 P( ) 遠隔転移 CY( )

このページは治療病院で記載します。

病期(ステージ)

病期名称	なし(N0)	あり(M0)	あり(M1)
T1a, T1b	IA	IB	IIA
T2	IIA	IIB	IIIA
T3	IIIA	IIIB	IIIC
T4a	IIIA	IIIB	IIIC
T4b	IIIA	IIIB	IIIC

**P11**

診療記録(1年目) 名 籍:

治療開始日: 20 年 月 日 / 1 ヶ月 日 / 3 ヶ月 日 / 6 ヶ月 日 / 9 ヶ月 日 / 1 年 日

体重 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"/>
腹の膨満感	<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

高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液系疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
免疫系疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P17**

通信欄(かかりつけ医-治療病院 兼用)

診療の進捗状況や今後の予定、(特別な)お問い合わせの場など、両院への記入をお願いします。

年月日	コメント	サイン	年月日	コメント	サイン

## 2 がん治療連携指導料の算定の確認



※この項目は、治療病院が記載します。

手帳の裏表紙の算定欄をご確認ください。

### 「算定 有」の場合

---

関東信越厚生局へ医療連携の届出をしてある場合には、「**がん治療連携指導料（300点）**」が算定（令和2年4月現在）できます。

「がん治療連携指導料」は、

- ① 予定表に記載してある月に診察をした場合に算定できます。
- ② 予定外であっても、患者さんの容態の変化により診察を行った場合には、月1回を限度として算定可能です。

いずれの場合も、患者さんの同意を得た上で、その時の診療情報を専門病院に文書で提供することが条件です。手帳の診療経過を記載したページのコピーをFAXまたは郵便でお送り下さい。

※別紙「計画策定病院連絡先一覧」をご参照ください。

### 「算定 無」の場合

---

がん治療連携指導料は算定できません。

治療病院・患者さんとの情報共有ツールとして手帳をご活用ください。

※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。