



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～P10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病名

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）

治療病院

かかりつけ医(1)

かかりつけ医(2)

P5

手術日 20 年 月 日

術式

病変の部位・進行度

病期(ステージ)

治療方針

手術

化学療法

放射線治療

その他

P7

この欄で記事項(検査値)

クレアチニン値 mg/dl

身長 cm 体重 前 kg 後 kg

退院時 kg

Stage I 胃癌に対するRO前後フォローアップの目安

Stage II 胃癌に対するRO前後フォローアップの目安

P9

診療・検査予定表 (Stage I, II, III)

名前: 治療病ID:

手術日

退院日

問診・診察

検査

上部消化管内視鏡検査

腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査

胸部X線検査 and/or 胸部CT検査

※上消化管内視鏡検査は、術後後の報告に1年目に行いますが、2年目以降は症状がある場合にのみ行います。

1 ~ 3 を実施の上、患者さんに手帳をお渡しください。

