



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、34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">TEL</td></tr><tr><td colspan="4">ID</td></tr><tr><td colspan="4">科名</td></tr><tr><td colspan="4">主治医</td></tr><tr><td colspan="4">かかりつけ医</td></tr><tr><td colspan="4">TEL</td></tr><tr><td colspan="4">ID</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">TEL</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				TEL				ID				科名				主治医				かかりつけ医				TEL				ID				主治医				かかりつけ薬局				TEL				<table border="1"><tr><td>飲酒歴</td></tr><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>造影剤アレルギー なし ・ あり</td></tr><tr><td>その他のアレルギー なし ・ あり</td></tr><tr><td>内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)</td></tr></table>	飲酒歴	既往歴および現在治療中の病気	アレルギー(薬、食べ物等)	造影剤アレルギー なし ・ あり	その他のアレルギー なし ・ あり	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																																																											
TEL																																																											
ID																																																											
科名																																																											
主治医																																																											
かかりつけ医																																																											
TEL																																																											
ID																																																											
主治医																																																											
かかりつけ薬局																																																											
TEL																																																											
飲酒歴																																																											
既往歴および現在治療中の病気																																																											
アレルギー(薬、食べ物等)																																																											
造影剤アレルギー なし ・ あり																																																											
その他のアレルギー なし ・ あり																																																											
内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)																																																											
03	04																																																										

