



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、30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>診断名</td><td>診断日 20 年 月 日</td></tr> <tr><td>生年月日 (西暦)</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>身長 cm</td><td>体重 kg</td></tr> <tr><td colspan="2">(測定日 20 年 月 日)</td></tr> <tr><td colspan="2">治療病院</td></tr> <tr><td colspan="2">TEL</td></tr> <tr><td colspan="2">ID</td></tr> <tr><td colspan="2">主治医</td></tr> <tr><td colspan="2">かかりつけ医</td></tr> <tr><td colspan="2">TEL</td></tr> <tr><td colspan="2">ID</td></tr> <tr><td colspan="2">主治医</td></tr> <tr><td colspan="2">かかりつけ薬局</td></tr> <tr><td colspan="2">TEL</td></tr> </table>	お名前		診断名	診断日 20 年 月 日	生年月日 (西暦)	年 月 日	身長 cm	体重 kg	(測定日 20 年 月 日)		治療病院		TEL		ID		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 colspan="2">既往歴および現在治療中の病気</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2">アレルギー（薬、食べ物等）</td></tr> <tr><td>CT造影剤アレルギー</td><td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr><td>MRI造影剤アレルギー</td><td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2">内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）</td></tr> <tr><td colspan="2"> </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）		CT造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	MRI造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）			
お名前																																															
診断名	診断日 20 年 月 日																																														
生年月日 (西暦)	年 月 日																																														
身長 cm	体重 kg																																														
(測定日 20 年 月 日)																																															
治療病院																																															
TEL																																															
ID																																															
主治医																																															
かかりつけ医																																															
TEL																																															
ID																																															
主治医																																															
かかりつけ薬局																																															
TEL																																															
既往歴および現在治療中の病気																																															
アレルギー（薬、食べ物等）																																															
CT造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																														
MRI造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																														
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

医療機関（治療病院・かかりつけ医）を受診する際は必ずこの手帳をご持参ください。

3 その他

P 25 以降の「自由記載欄」は、ご自由にご記入ください。

P25

自由記載欄 (患者さん用)

年	月	日	メモ

25

26