



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~P8には治療病院での診療内容が記載されていますので、ご確認ください。
- ③ P9以降の「診療予定表」について、赤枠内の記入をお願いいたします。任意検査を行った場合は該当項目に印を付け、要点のみで結構ですのでコメント欄に結果を記入してください。
- ④ 書き切れない場合や特別な伝達事項がある場合にはP19以降の「通信欄」をご利用下さい。

※P9以降の「診療予定表」及びP19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、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。

お名前
 姓 名
 診療日 20 年 月 日
 5年 月 日 (印刷) 年 月 日
 年齢 歳 性別 性
 (誕生日 20 年 月 日)
 治療病院
 T E L
 I D
 主治医
 T E L
 I D
 主治医
 T E L

既往歴および現在治療中の病名

アレルギー (薬、食べ物等)
 (アレルギーアレルゲン 1) あり () なし
 (アレルギーアレルゲン 2) あり () なし

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

P5

治療開始
 病歴 発 (前・後・不明)
 病期 T N M
 Stage
 手術日時
 手術日 20 年 月 日
 手術内容
 術式
 病理
 pT en pN
 ER (+ / -) PgR (+ / -)
 HER2/neu (2 + / 3)
 FISH / CISH (増強 / 増強)
 NG1 (2 + / 3) HG1 (2 + / 3) K167
 腫瘍 (陽性 / 陰性 / 陽性)
 OncotypeDX RS:

放射線療法
 部位 乳腺 乳腺 乳腺
 照射量 照射
 照射日 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
 備考

このページは治療病院で記載します。

内容
 投与開始日 20 年 月 日
 予定期間
 備考

P9

診療予定表

名 姓: _____
 治療病院ID: _____

3ヶ月 6ヶ月 9ヶ月

3ヶ月 6ヶ月 9ヶ月 1年3ヶ月 1年6ヶ月 1年9ヶ月 2年

3ヶ月 6ヶ月 9ヶ月 1年 1年3ヶ月 1年6ヶ月 1年9ヶ月 2年

検査
 乳腺US/MG
 -MG
 -US
 採血
 骨密度 (A内服中のみ)
 内服薬 (ホルモン剤)
 LH-RH注射施行日

コメント (説明・指導)

サイン

P19

通信欄 (かかりつけ医-治療病院 兼用)

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。