



# 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～P18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**

TEL  
ID  
主治医  
かかりつけ医

**P5**

全病歴

病歴付コア数( ) / 名簿・左巻・両巻  
グリニンスコア + =  
治療野PSA値 ng/ml (20年 月 日)

治療野病歴

cT N M [転移部位] Stage

全病歴

手術日: 20年 月 日  
ロボット支援腔鏡下手術  
腔鏡下手術  
腔鏡下手術  
腔鏡下小切開手術  
手術体幹固定: 無・片側・両側  
リンパ管切除: 無・有  
輸血: 無・有

最新検出腫瘍所見

腫瘍型: グリニンスコア  
pT: \_\_\_\_\_ pN: \_\_\_\_\_ pM: \_\_\_\_\_  
G [0,1] PR [0,1] H [0,1]  
V [0,1] PI [0,1] W [0,1]  
リンパ管転移: 無・片側・両側 ( / 部位)  
増殖指数: 無・有 (増殖・増強)  
ホドモン療法(抗がん剤)

ホドモン療法

去勢前: 無・有 (20年 月 日)  
去勢後: 20年 月 日~20年 月 日  
20年 月 日~20年 月 日  
20年 月 日~20年 月 日

内服薬

20年 月 日~20年 月 日  
20年 月 日~20年 月 日  
20年 月 日~20年 月 日

放射線療法

小野療法: 20年 月 日  
腔鏡下手術: 20年 月 日~20年 月 日  
腔鏡下手術: 20年 月 日~20年 月 日  
腔鏡下手術: 20年 月 日~20年 月 日

各病歴に対する治療

膀胱癌: 無・有 (治療)  
前立腺癌: 無・有 (治療)  
ED: 無・有 (治療)  
骨転移: 無・有 (治療)

その他特記事項

**P7**

記入例 前立腺全摘除術後の場合

2020年7月3日

全病歴

20年 月 日

1年目

項目	検査項目	検査結果
PSA	PSA	0.150
AS1	AS1	45
ALT	ALT	49
ALP	ALP	216
LDH-C	LDH-C	258
Cr	Cr	47.0 150
HbA1c	HbA1c	5.2
尿蛋白	尿蛋白	0
尿糖	尿糖	0
尿潜血	尿潜血	0
尿赤	尿赤	0
尿血	尿血	0
尿膿	尿膿	0
尿臭	尿臭	0
尿味	尿味	0
尿色	尿色	0
尿量	尿量	7/9 16/10
尿量	尿量	7/10 8/9 9/11 10/12

このページは記入見本です。

**P9**

全病歴

20年 月 日

1年目

項目	検査項目	検査結果
PSA	PSA	0.150
AS1	AS1	45
ALT	ALT	49
ALP	ALP	216
LDH-C	LDH-C	258
Cr	Cr	47.0 150
HbA1c	HbA1c	5.2
尿蛋白	尿蛋白	0
尿糖	尿糖	0
尿潜血	尿潜血	0
尿赤	尿赤	0
尿血	尿血	0
尿膿	尿膿	0
尿臭	尿臭	0
尿味	尿味	0
尿色	尿色	0
尿量	尿量	7/9 16/10
尿量	尿量	7/10 8/9 9/11 10/12

1 ~ 3 を実施の上、患者さんに手帳をお渡しください。

## 4 患者さんが、再度フォローアップに来院したときの対応

- ① 治療病院の医師は診察時に手帳を確認し、P9以降の「診療記録欄」に記入してください。
- ② かかりつけ医に伝達が必要な場合は、P19以降の「通信欄」に日付とその内容の記入をお願いします。

※ P9以降の「診療記録欄」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。

P9

全摘除前 <input type="radio"/> 20年 月 日 <input type="radio"/> 20年 月 日 <input type="radio"/> 20年 月 日 <input type="radio"/> 20年 月 日	手術 <input type="radio"/> 全摘除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除+骨切除	手術 <input type="radio"/> 全摘除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除+骨切除	手術 <input type="radio"/> 全摘除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除+骨切除	手術 <input type="radio"/> 全摘除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除+骨切除	手術 <input type="radio"/> 全摘除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除 <input type="radio"/> 全摘除+リンパ管切除+骨切除
<b>1年目</b>					
PSA AST ALT ALP LDH-c C HbA1c	10月 11月 12月	1月 2月 3月	4月 5月 6月	7月 8月 9月	10月 11月 12月
体重 血圧 血糖 尿酸 脂質 腎臓 肝臓 骨髄	10月 11月 12月	1月 2月 3月	4月 5月 6月	7月 8月 9月	10月 11月 12月

P19

通信欄 (かかりつけ医・治療病院 兼用)

定例の診以外を処方した場合や、(特約)診察をした場合は、通信欄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