

えひめ 私のカルテ



婦人科がん

手術後フォローアップ

お名前：_____

発行病院： **松山赤十字病院** _____

発行年月日： 20 年 月 日

はじめに

「連携パス」とは、手術等を行った施設の医師と地域のかかりつけ医、保険薬局、訪問看護ステーション等があなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。

「連携パス」を活用し、病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が担当し、専門的な治療や定期的な検査は拠点病院が担当することによって、患者さんは、

- 最良の医療が継続して受けられます。
- ゆとりのある診察が受けられます。
- 病院・診療所での待ち時間が短くなります。
- 重複した検査・投薬が避けられます。
- 遠い人は通院の費用も軽減されます。



「連携パス」について心配やご不安がある場合は、遠慮なくお尋ねください。

も く じ

はじめに／もくじ	1
患者基礎情報	3
連携医療機関の一覧	5
婦人科がんの治療について	6
婦人科がん手術後連携パス	11
自己チェックシート	14
患者さん用メモ	21
医療者用連絡メモ	22
がん相談支援センターのご案内	26

患者基礎情報

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
住所			
電話	自宅・携帯	-	-
緊急連絡先			
(電話 - -)			
血液型	型	身長	cm 体重 kg
アレルギー歴			
あり ・ なし			

薬の副作用

薬の名前	症状	いつ頃

今までにかかった病気

<input type="checkbox"/> アレルギー性疾患
<input type="checkbox"/> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> 腎臓の病気
<input type="checkbox"/> 肝臓の病気
<input type="checkbox"/> 消化器の病気
<input type="checkbox"/> その他

その他

連携医療機関の一覧

がん診療連携拠点病院名（記載日： 年 月 日）

松 山 赤 十 字 病 院

産婦人科外来 担当医：

電話： 089 - 924 - 1111（代表）

かかりつけ医（初回受診日： 年 月 日）

電話： — —

調剤薬局

電話： — —

居宅介護支援センター、訪問看護ステーション、支援事業所など

ケアマネ： 担当者：

電話： — —

婦人科がんの治療について

子宮体がんの治療は、手術（外科治療）でがんを取り除くことが基本になります。患者さんの状態やがんの広がりに応じて、放射線治療、化学療法（抗がん剤による治療）、ホルモン療法を組み合わせで行います。

卵巣がんの治療は、手術と抗がん剤治療とを組み合わせで行われることが多いです。再発の危険の低いIa期の高分化がんを除いた卵巣がんの患者さんのほとんどに抗がん剤治療が必要となります。

今回、連携パスを利用する患者さんは早期がんの患者さんが対象です。そのため手術後の治療はなく、定期的な検査を行いながら経過観察を行います。何か気になる症状があれば、主治医にご相談ください。

手術後の身体の変化

子宮をとった方

子宮を摘出した所には、腸が入り込むため空洞にはなりません。月経は子宮がないのでありません。卵巣は残っているため排卵はあり、ホルモンバランスへの影響はなく年齢相応です。排卵された卵子は、お腹の中で吸収されます。薄いピンクや茶色のおりものは、退院後 2 週間程度はみられることがあります。

卵巣をとった方

卵巣を摘出した所には、腸が入り込むため空洞にはなりません。

【片方の卵巣をとった場合】

残された卵巣が今まで通り二つ分の卵巣の働きをします。女性ホルモンの分泌の変化はありません。排卵もあります。

【両方の卵巣をとった場合】

卵巣からのホルモンの分泌・排卵がなくなります。そのため、更年期症状が起こりやすくなります。(ほてり、動悸、頭痛、耳鳴り、倦怠感、しびれ、冷え性など) しかし、女

性ホルモンにかわるホルモン分泌が、副腎からも多少ありますので、必ずしも症状が出るとは限りません。更年期症状の強い時は、ホルモン補充療法をすることもありますので、医師にご相談ください。

退院後の生活について

活動・家事について

退院後1週間はなるべく家の中で過ごすことを中心に行い、お腹に負担のかかる家事は控えましょう。疲れを感じたら体を休め、少しずつ慣らして行って下さい。長時間の外出や、自転車・バイクの運転については、次回の診察で医師の許可が出るまでは控えて下さい。

復職について

仕事の内容によって異なりますが、医師の許可が出たら構いません。医師に相談して下さい。くれぐれも無理をせず、体調に合わせて下さい。

清潔について

感染予防のため、清潔に努めましょう。創部(傷)の部分は、よく泡立てた石鹸で優しく洗うようにして下さい。次回の診察までは、浴槽に入らないで、シャワーを使用して下さい。診察の際に医師の許可が出れば、入浴されても構いません。ウォシュレットは使用しても結構です。

食事・排泄について

特に食事制限はありません。体力回復に向け、バランスの良い食事に心がけましょう。また、術後はお腹に力が入りにくいため、水分をしっかり摂り、便秘にならないように注意しましょう。

性生活について

次回の診察で、医師の許可が出たら大丈夫です。

婦人科がん手術後連携パス



手術日 年 月 日

施設		拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	
受診日		術後1ヶ月以内	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	
		/	/	/	/	
目標	術後連携によるフォローアップ 再発の早期発見					
連携、連絡	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認					
	連携の説明（患者用連携パス使用）					
教育・指導	生活支援		○		○	
診察・検査	問診	帯下の増加				
		性器出血				
		腹部膨満感				
		全身倦怠感				
		腹痛				
		足のむくみ				
	診察	超音波検査	○	○	○	○
		内診	○	(○)	○	(○)
		腔鏡診	○	(○)	○	(○)
		細胞診	○	(○)	○	(○)
血液検査	腫瘍マーカー	○	○	○	○	
画像検査	造影CT検査			○		
備考	(○) かかりつけ医におまかせします。					



拠点 病院	かかり つけ医	拠点 病院	かかり つけ医	拠点 病院	かかり つけ医	拠点 病院	かかり つけ医	拠点 病院
1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年
/	/	/	/	/	/	/	/	/



○		○		○		○		○
○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	(○)	○	(○)	○	(○)	○	(○)	○
○	(○)	○	(○)	○	(○)	○	(○)	○
○	(○)	○	(○)	○	(○)	○	(○)	○
○	○	○	○	○	○	○	○	○
○		○		○		○		○

(○) かかりつけ医におまかせします。



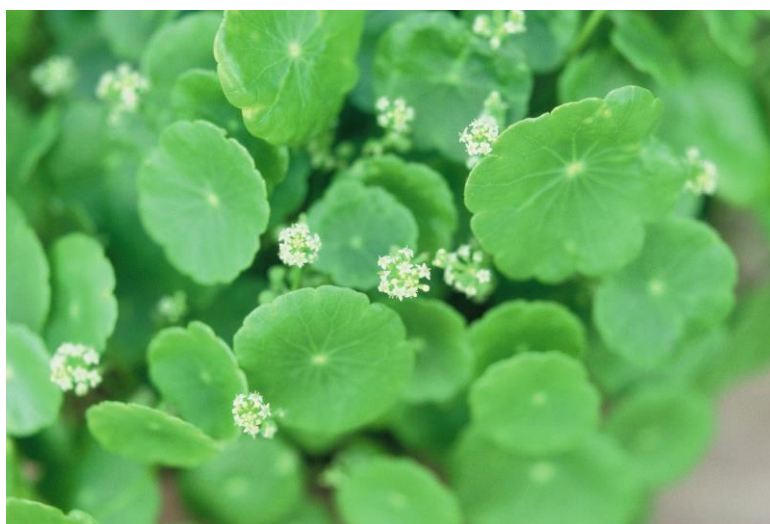
かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院
3年 6ヶ月	4年	4年 6ヶ月	5年
/	/	/	/
	○		○
○	○	○	○
(○)	○	(○)	○
(○)	○	(○)	○
(○)	○	(○)	○
○	○	○	○
	○		○
(○) かかりつけ医におまかせします。			

自己チェックシート

自己チェックシートは、患者さんとかかりつけ医や、がん診療連携拠点病院の担当医の連絡表です。

薬の副作用や、がんの術後に予想される症状を箇条書きにしておりますので、該当する症状がある場合は○、△で記入してください。

該当する症状が箇条書きにない場合は、メモのページに具体的に記入してください。



記入例

婦人科がん自己チェックシート

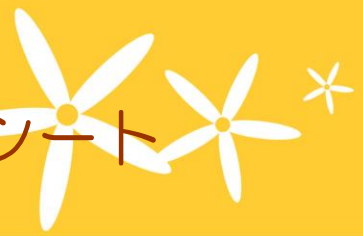


■ 記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

症状（異常）がある方は「有」に○印をつけ、下記項目に○、△でお答えください。

自己チェック項目		術後			
		ヶ月日			
		7 / 1	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加	○			
	性器出血	○			
	腹部膨満感	△			
	全身倦怠感				
	腹痛				
	足のむくみ				

婦人科がん自己チェックシート

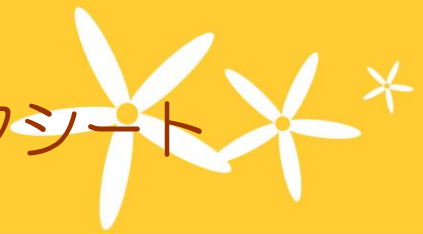


■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

自己チェック項目		術後 1ヶ月目					
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

自己チェック項目		術後 ヶ月目					術後 1年目
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

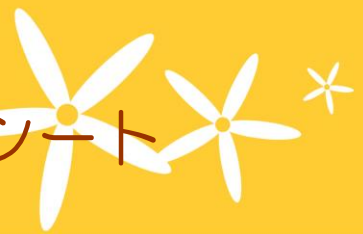
婦人科がん自己チェックシート



自己チェック項目		術後 ヶ月目					
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

自己チェック項目		術後 ヶ月目					術後 2年目
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

婦人科がん自己チェックシート

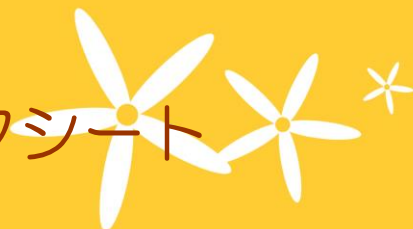


■ 記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

自己チェック項目		術後 ヶ月目					
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

自己チェック項目		術後 ヶ月目					術後 3年目
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

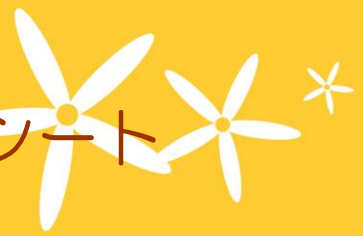
婦人科がん自己チェックシート



自己チェック項目		術後 ヶ月目					
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

自己チェック項目		術後 ヶ月目					術後 4年目
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

婦人科がん自己チェックシート



■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

自己チェック項目		術後 ヶ月目					
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

自己チェック項目		術後 ヶ月目					術後 5年目
		/	/	/	/	/	/
症状（異常）の有無 ※何らかの症状がある場合は、下記項目に印をつけてください。		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
症状	帯下の増加						
	性器出血						
	腹部膨満感						
	全身倦怠感						
	腹痛						
	足のむくみ						

患者さん用メモ

年 月 日	気になることがあれば自由にご記載ください。

医療者用連絡メモ

年 月 日	連絡事項等あればご記載ください。	サイン

医療者用連絡メモ

年 月 日	連絡事項等あればご記載ください。	サイン

メモ

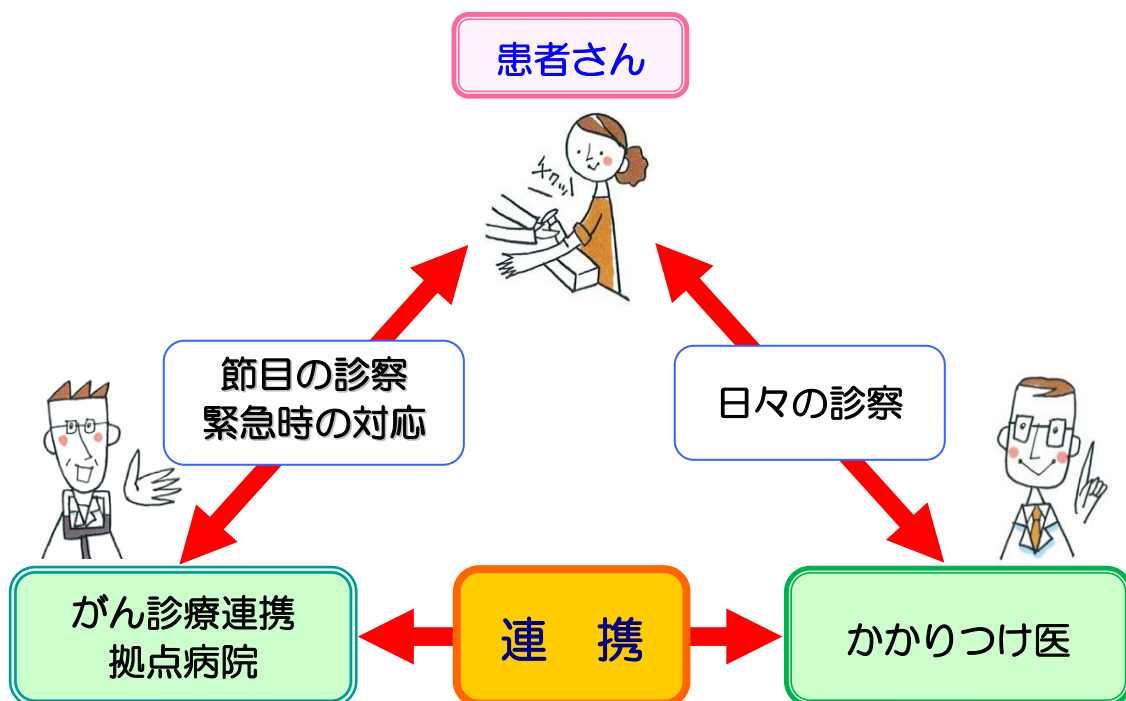
メモ

がん相談支援センターのご案内

がん診療連携拠点病院の「がん相談支援センター」では、専任の看護師、医療ソーシャルワーカーががんに関するあらゆる相談に応じています。

- がんの痛みや不安について
- がん治療の費用について
- 家族の方の不安について
- 一般の方のがんに関するご質問・・・など。

退院後の生活に必要なサポートについても、主治医、病棟の看護師、地域の医療・福祉関係者と考えていくとともに、かかりつけ医とがん診療連携拠点病院とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割も果たしています。



ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医にご相談ください。

かかりつけ医に連絡がつかない場合は、以下にご連絡下さい。

● がん診療連携拠点病院： **松山赤十字病院**

● 窓口名： **がん相談支援センター**

● 平 日 8：30 ～ 17：10

がん相談支援センター

(直 通) 089-926-9516

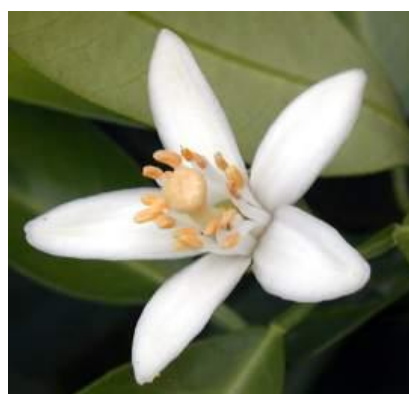
● 平日時間外及び土、日、祝祭日（緊急時）

日直／夜間当直（※看護師）

(代 表) 089-924-1111

がん治療連携計画策定料、指導料

算定 なし あり



みかんの花



かかりつけ医

病院名： _____

担当医： _____ 先生

電 話： _____

※拾った方は上記にお届け下さい。



