

えひめ 私のカルテ



肝がん

治療後フォローアップ

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
あなたの主治医の役割	6
退院後の日常生活	8
肝がん連携パス	10
患者さん用メモ	30
医療者用連絡メモ	32
がん相談支援センターのご案内	36



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

肝臓・胆のう・膵臓内科 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： — —

あなたの主治医の役割

1. かかりつけ医では

肝がんの治療が終了し、がん診療連携拠点病院を退院された後は、地域のかかりつけ医の先生に診療していただきます。

<おもな診察>

- 1) 1ヶ月毎の肝炎の血液検査
- 2) 肝炎治療薬を含めたお薬の処方
- 3) 肝炎治療の注射が必要な方は、その注射を
- 4) 腹水やむくみが出てきた時の診療と治療
- 5) 風邪をひいたりして、熱が出た時の診察と治療
- 6) 腹水が治りにくく、おなかが張って苦しい時

2. がん診療連携拠点病院では

原則として3ヶ月毎に通院していただき、検査と診察を受けていただきます。検査としては、血液検査と腹部超音波検査（または腹部CT検査、腹部MRI検査）を3ヶ月毎に受けていただきます。

その結果は、毎回かかりつけ医に報告致します。

肝がんの再発が疑われた場合は、入院していただきます。



退院後の日常生活

1. 安静と運動

過去には安静が強調されてきましたが、適度な運動が必要です。適度な運動とは、**1日30分程度の散歩**で、毎日、続けることが大切です。ただし、腹水・黄疸・肝性脳症（意識がおかしくなる）があるときや、AST（GOT）、ALT（GPT）が高い時（200以上）は安静が必要です。

2. 食事

穀類を中心に野菜を多くとって下さい。脂肪はとりすぎないようにして下さい。タンパク質は動物性（肉など）よりも植物性のものを多くとって下さい。

肝性脳症を起こしたことがある人はタンパク質（特に肉類）のとりすぎに注意して下さい。腹水の貯まったことのある人は塩分を控えて下さい。

メモ

肝がん治療後連携パス



■手術日 年 月 日

診療場所	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	退院直後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH ₃)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFP が 10ng/ml 以上の場合に測定



拠点病院	かかりつけ医	拠点病院
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
/	/	/
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
Kg	Kg	Kg

メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II (AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月	1年4ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定



かかりつけ医	拠点病院
1年5ヶ月	1年6ヶ月
/	/
□血液検査	□血液検査 □お腹のCT またはMRI またはエコー
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
Kg	Kg

メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定



かかりつけ医	拠点病院
1年11ヶ月	2年
/	/
□血液検査	□血液検査 □お腹のCT またはMRI またはエコー
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
Kg	Kg

メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月	2年4ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定

かかりつけ医	拠点病院
2年5ヶ月	2年6ヶ月
/	/
□血液検査	□血液検査 □お腹のCT またはMRI またはエコー
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
Kg	Kg

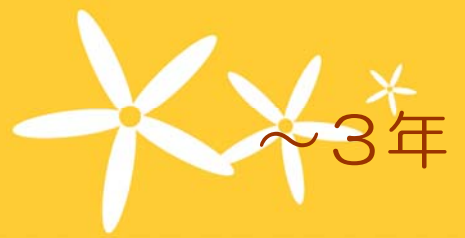
メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月	2年10ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定



かかりつけ医	拠点病院
2年11ヶ月	3年
/	/
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
Kg	Kg

メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月	3年4ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定

かかりつけ医	拠点病院
3年5ヶ月	3年6ヶ月
/	/
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
Kg	Kg

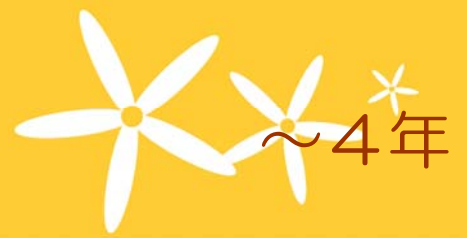
メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月	3年10ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定



かかりつけ医	拠点病院
3年11ヶ月	4年
/	/
□血液検査	□血液検査 □お腹のCT またはMRI またはエコー
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
□あり □なし	□あり □なし
Kg	Kg

メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	4年1ヶ月	4年2ヶ月	4年3ヶ月	4年4ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定



かかりつけ医	拠点病院
4年5ヶ月	4年6ヶ月
/	/
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
Kg	Kg

メモ

肝がん治療後連携パス



診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医
経過	4年7ヶ月	4年8ヶ月	4年9ヶ月	4年10ヶ月
月日	/	/	/	/
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
(NH3)				
AFP				
PIVKA-II				
(AFP-L3)*				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	Kg	Kg	Kg
メモ				

※ AFPが10ng/ml以上の場合に測定



かかりつけ医	拠点病院
4年11ヶ月	5年
/	/
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
Kg	Kg

メモ

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。

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。

医師用連絡メモ

年 月 日	連絡事項等あればご記載ください。	サイン

医師用連絡メモ

年 月 日	連絡事項等あればご記載ください。	サイン

メモ

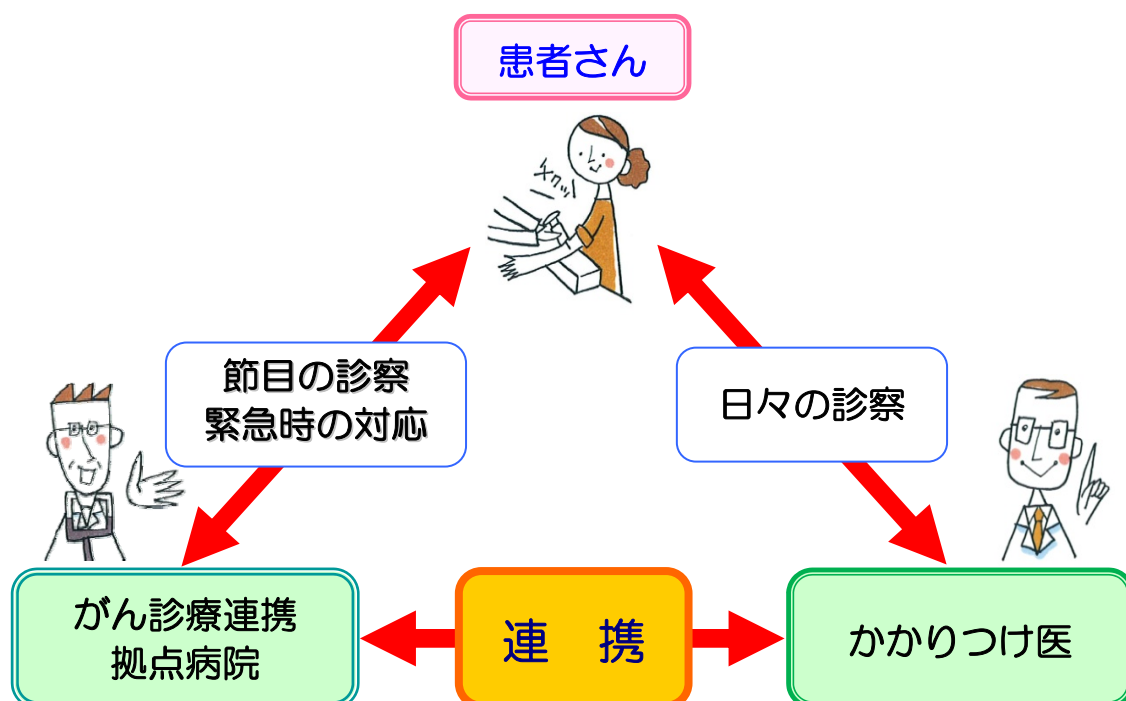
メモ

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

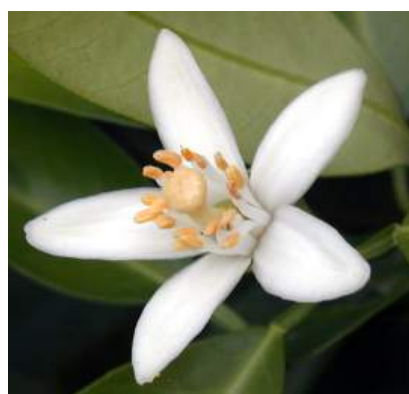
(直通) 089-926-9516

● 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。

2010年12月作成



