

# えひめ 私のカルテ





# 発熱性好中球減少に対する予防的G-CSF製剤 使用のための地域連携パス（通称：G連携）

お名前：\_\_\_\_\_

発行病院：\_\_\_\_\_ 松山赤十字病院 \_\_\_\_\_

発行年月日：\_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_ 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
共同診療計画書	7
自己チェックシート	11
患者さん用メモ	20
医療者用連絡メモ	21
がん相談支援センターのご案内	22

# 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

アレルギー性疾患

心臓の病気

腎臓の病気

肝臓の病気

消化器の病気

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

乳 腺 外 科 担 当 医： 川 口 英 俊

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： — —

メモ

# 共同診療計画書 ddEC



(発熱性好中球減少に対する予防的 G-CSF 製剤使用のための地域連携パス)

■手術日 年 月 日 ■ ddEC 開始日 年 月 日

施設		拠点病院	連携医療機関		拠点病院				拠点病院	連携医療機関		拠点病院								
			1 コース				2 コース													
受診日		1	1week				2week				1	1week				2week				
			2	3	4	5	6	7	2	3		4	5	6	7					
			/	/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/			
治療	抗がん剤投与	●								●										
	制吐剤・抗生剤の処方	●								■										
	<b>G-CSF製剤投与</b>		←→●→								←→●→									
連携 連絡	患者へG連携を行う事の確認	●								●										
	副作用発生時の連絡先確認	●								●										
	情報提供書 拠点病院 → 連携医療機関	●								●										
	情報提供書 連携医療機関 → 拠点病院		←→●→								←→●→									
診療 検査	身長・体重	●								■										
	採血	血液学的検査	●	←→■→							●	←→■→								
		生化学的検査	●	←→■→							●	←→■→								
	画像	胸部レントゲン	■	←→■→							■	←→■→								
		CT	■								■									
	臨床 所見	SpO <sub>2</sub>																		
		体温																		
		食欲不振																		
		悪心																		
		嘔吐																		
		下痢	●	←→●→							●	←→●→								
		口内炎																		
		全身倦怠感																		
		筋肉痛・関節痛																		
末梢神経障害																				
教育 指導	併用薬チェック	●	←→■→							■	←→■→									
	服薬状況確認	●	←→■→							■	←→■→									
	副作用対策（生活指導）	●	←→■→							■	←→■→									
	服薬指導（保険薬局）	●	←→■→							■	←→■→									
処置等	止痢剤の投与・輸液（下痢）		←→■→				←→■→					←→■→				←→■→				
	解熱・鎮痛剤の投与		←→■→				←→■→					←→■→				←→■→				
	制吐剤の投与（悪心・嘔吐）		←→■→				←→■→					←→■→				←→■→				
備考																				
注：		●, ● 必須	■, ■ 必要時	←→ 矢印の期間に実施																



○は必須項目 □は必要時行うようになります

拠点病院	連携医療機関							拠点病院	連携医療機関							拠点病院
	3 コース								4 コース							
	1week				2week				1week				2week			
1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7		
/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/		
●								●								
■								■								
	←○→								←○→							
●								●								
●								●								
●								●								
	←○→								←○→							
■								■								
●	←■→							●	←■→							
●	←■→							●	←■→							
■	←■→							■	←■→							
■								■								
●	←○→							●	←○→							
■	←■→							■	←■→							
■	←■→							■	←■→							
■	←■→							■	←■→							
	←■→			←■→					←■→			←■→				
	←■→			←■→					←■→			←■→				
	←■→			←■→					←■→			←■→				

# 共同診療計画書



(発熱性好中球減少に対する予防的 G-CSF 製剤使用のための地域連携パス)

■手術日 年 月 日 ■d dPTX 開始日 年 月 日

施設	拠点病院	連携医療機関								拠点病院	連携医療機関								拠点病院										
		1 コース				2 コース					1 コース				2 コース														
		1week				2week					1week				2week														
		1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7												
受診日		/ / / / / / / / / / / / / / / / / /																											
治療	抗がん剤投与	●																	●										
	制吐剤・抗生剤の処方	●																	■										
	<b>G-CSF製剤投与</b>		←●→									←●→																	
連携 連絡	患者へG連携を行う事の確認	●																	●										
	副作用発生時の連絡先確認	●																	●										
	情報提供書 拠点病院 → 連携医療機関	●																	●										
	情報提供書 連携医療機関 → 拠点病院		←●→									←●→																	
診療 検査	身長・体重	●																	■										
	採血	血液学的検査	●	←■→									←■→								●	←■→							
		生化学的検査	●	←■→									←■→								●	←■→							
	画像	胸部レントゲン	■	←■→									←■→								■	←■→							
		CT	■																	■									
	臨床 所見	SpO <sub>2</sub>																											
		体温																											
		食欲不振																											
		悪心																											
		嘔吐																											
		下痢	●	←●→									←●→								●	←●→							
		口内炎																											
		全身倦怠感																											
		筋肉痛・関節痛																											
末梢神経障害																													
高血圧																													
PS																													
教育 指導	併用薬チェック	●	←■→									←■→								■	←■→								
	服薬状況確認	●	←■→									←■→								■	←■→								
	副作用対策（生活指導）	●	←■→									←■→								■	←■→								
	服薬指導（保険薬局）	●	←■→									←■→								■	←■→								
処置等	止痢剤の投与・輸液（下痢）		←■→				←■→								←■→				←■→										
	解熱・鎮痛剤の投与		←■→				←■→								←■→				←■→										
	制吐剤の投与（悪心・嘔吐）		←■→				←■→								←■→				←■→										
備考																													

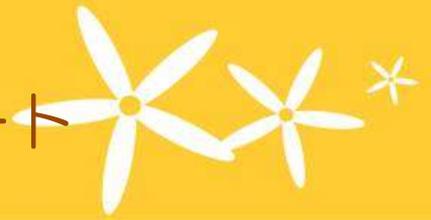
注： ●, ● 必須 ■, ■ 必要時 ←→ 矢印の期間に実施



○は必須項目 □は必要時行うようになります

拠点病院	連携医療機関							拠点病院	連携医療機関							拠点病院
	3コース								4コース							
	1week				2week				1week				2week			
1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7		
/	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/		
●								●								
■								■								
	←○→								←○→							
●								●								
●								●								
●								●								
	←○→								←○→							
■								■								
●	←■→							●	←■→							
●	←■→							●	←■→							
■	←■→							■	←■→							
■								■								
●	←○→							●	←○→							
■	←■→							■	←■→							
■	←■→							■	←■→							
■	←■→							■	←■→							
	←■→			←■→					←■→			←■→				
	←■→			←■→					←■→			←■→				
	←■→			←■→					←■→			←■→				

## 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。



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。

■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

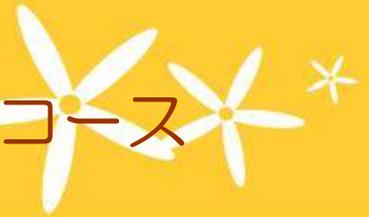
症状（異常）の有無

※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。

記入例

日付	1/1	/	/	/	/	/	/	/
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体温（℃）	36.7							
息苦しさ	○							
食欲不振	△							
吐き気								
嘔吐								
下痢								
口内炎	○							
倦怠感								
皮膚の異常								
筋肉痛・関節痛								
手足のしびれ								
その他								

# 自己チェックシート 2コース



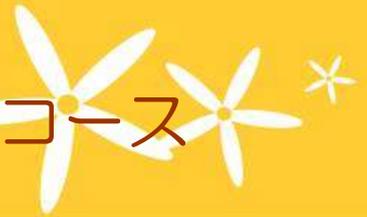
■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

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。

日付	/	/	/	/	/	/	/
	有・無						
体温（℃）							
息苦しさ							
食欲不振							
吐き気							
嘔吐							
下痢							
口内炎							
倦怠感							
皮膚の異常							
筋肉痛・関節痛							
手足のしびれ							
その他							

# 自己チェックシート 3コース



■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

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。

日付	/	/	/	/	/	/	/
	有・無						
体温（℃）							
息苦しさ							
食欲不振							
吐き気							
嘔吐							
下痢							
口内炎							
倦怠感							
皮膚の異常							
筋肉痛・関節痛							
手足のしびれ							
その他							

# 自己チェックシート 4コース



■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

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。

日付	/	/	/	/	/	/	/
	有・無						
体温（℃）							
息苦しさ							
食欲不振							
吐き気							
嘔吐							
下痢							
口内炎							
倦怠感							
皮膚の異常							
筋肉痛・関節痛							
手足のしびれ							
その他							

# ddPTX

## 自己チェックシート 1コース

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。

■ 記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

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。

記入例

日付	1/1	/	/	/	/	/	/	/
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体温（℃）	36.7							
息苦しさ	○							
食欲不振	△							
吐き気								
嘔吐								
下痢								
口内炎	○							
倦怠感								
皮膚の異常								
筋肉痛・関節痛								
手足のしびれ								
その他								

# 自己チェックシート 2コース



■ 記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

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。

日付	/	/	/	/	/	/	/
	有・無						
体温（℃）							
息苦しさ							
食欲不振							
吐き気							
嘔吐							
下痢							
口内炎							
倦怠感							
皮膚の異常							
筋肉痛・関節痛							
手足のしびれ							
その他							

# 自己チェックシート 3コース



■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

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。

日付	/	/	/	/	/	/	/
	有・無						
体温（℃）							
息苦しさ							
食欲不振							
吐き気							
嘔吐							
下痢							
口内炎							
倦怠感							
皮膚の異常							
筋肉痛・関節痛							
手足のしびれ							
その他							

# 自己チェックシート 4コース



■記入方法 はい・・・○ ときどき・・・△

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。

日付	/	/	/	/	/	/	/
	有・無						
体温（℃）							
息苦しさ							
食欲不振							
吐き気							
嘔吐							
下痢							
口内炎							
倦怠感							
皮膚の異常							
筋肉痛・関節痛							
手足のしびれ							
その他							

## 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

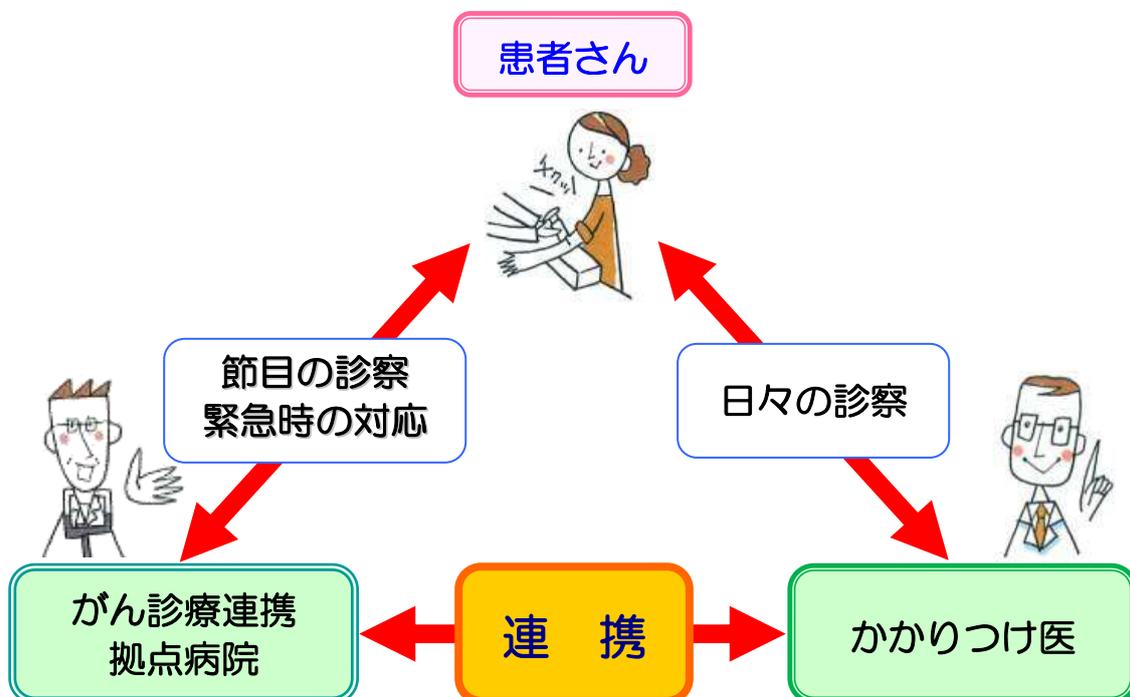
年 月 日	連絡事項等あればご記載ください。	サイン

## 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。



