

岐阜県

地域連携パス

令和2年改訂 第2版



岐阜県がん診療連携拠点病院協議会



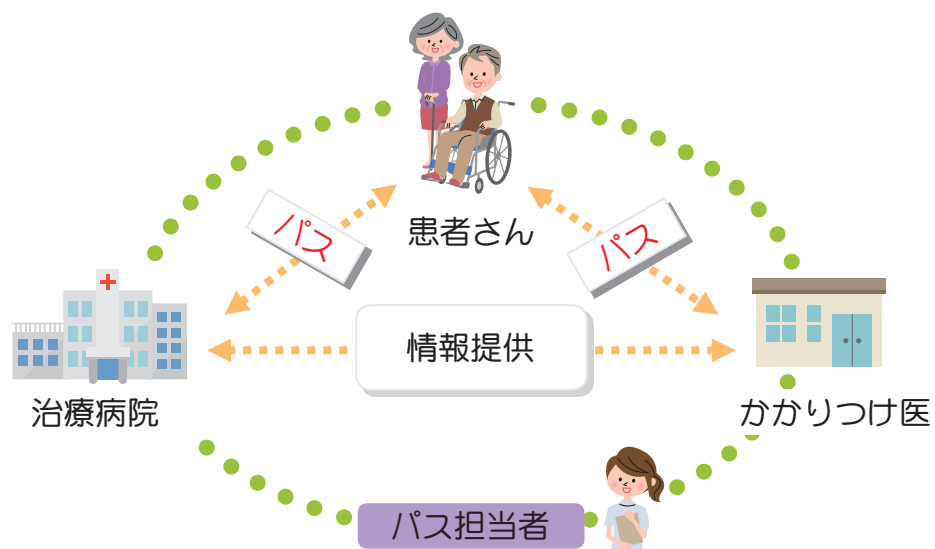
氏名

## 「岐阜県地域連携パス」とは

がんの治療は、専門的・集中的治療を行う病院と、お住まいの地域のかかりつけ医療機関などが連携し、患者さんの診療計画を共有の上、役割分担をしながら、患者さんやご家族を支える仕組みに変わりつつあります。

今回、皆さまにお渡しする「岐阜県地域連携パス」は、日本人に多い6種類のがん（胃、大腸、肝、肺、乳、前立腺）の患者さんで、早期発見と治療により、状態が安定された方々を対象としています。

皆さまが地域のかかりつけ医にかかっても、共通化された診察や検査、治療、経過観察の計画に沿って、継続した医療を受けることができるよう、岐阜県内の多くの病院と医院・クリニックが協力して作成した「5年間の計画書」です。



## この手帳の使い方について

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。紛失しないように大切にしてください。手帳の記入は、患者さんと医療者が共同で行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、お名前・連絡先・アレルギー・過去の病歴などの情報を記入してください。

かかりつけ医ならびに治療病院の先生は、共同診療計画書の記載をお願いします。また、計画書の項目を選び、□にチェックしてから患者さんにお渡しください。検査を行った場合は結果を簡単にご記入ください。

検査データ結果についてもご記入いただき、診察月のページのコピーを治療病院へ送付することで、診療計画の経過報告とすることができます。

令和2年4月

こちらのページはご自由にお使いください

## 「岐阜県地域連携パス」における役割分担

治療病院の主治医とかかりつけ医とが連携し、役割を分担して患者さんの治療にあたります。

治療病院



定期的な精密検査や手術、放射線治療、化学療法など高度な医療を担当します

- ・精密検査
- ・各種治療
- ・服薬指導
- ・栄養指導
- ・療養指導 など

かかりつけ医



日常の診療や療養指導を担当します

- ・血液検査
- ・尿検査
- ・お薬の処方
- ・併存する病気の治療（持病）

パス担当者



パスに関する質問、相談、また中止など相談を承ります



受診の際には、検査や治療がスムーズに進むために、この「岐阜県地域連携パス」の自覚症状の欄（オレンジ色の欄）をご記入の上、医師にお見せ頂こう、お願い致します。

お名前

生年月日 昭・平（西暦） 年 月 日

住所

TEL

緊急時  
連絡先

身長 cm 体重 術前 kg  
術後 kg

治療病院

TEL

ID

担当医

手術日 20\_\_年\_\_月\_\_日

退院日 20\_\_年\_\_月\_\_日

手術日 20\_\_年\_\_月\_\_日

退院日 20\_\_年\_\_月\_\_日

かかりつけ医療機関

医師名

TEL

かかりつけ薬局

TEL

FAX

こちらのページはご自由にお使いください

地域連携パス同意書

確認

こちらのページはご自由にお使いください

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病、心臓疾患、脳血管疾患、腎疾患  
その他

アレルギー（薬、食べ物等）

アレルギー                      あり                      なし  
(ありの場合、ご記入ください)

造影剤アレルギー              あり                      なし

内服薬（お薬手帳がある場合は記入不要）

診 断：

手術記録

手術日 20\_\_年\_\_月\_\_日

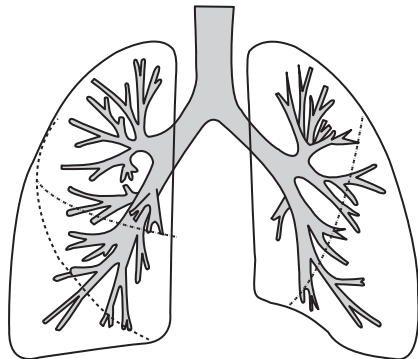
術 式

組 織 型

病理病期 T\_\_ N\_\_ M\_\_ (部位： )

Stage\_\_\_\_\_

局在・大きさなど



別表 検査項目一覧表 肺がん連携パス

診 察 月	開始時	3か月	6か月	9か月	1年	1年 3か月	1年 6か月	1年 9か月	2年
自他覚症状	●	○	●	○	●	○	●	○	●
腫瘍マーカー	●	○	●	○	●	○	●	○	●
一般採血	●	○	●	○	●	○	●	○	●
胸部 X-P	●	○	●	○	●	○	●	○	●
脳CT又は脳MRI			●		●		●		●
胸腹部 C T			●		●		●		●

診 察 月	2年 3か月	2年 6か月	2年 9か月	3年	3年 3か月	3年 6か月	3年 9か月	4年	4年 3か月
自他覚症状	○	○	○	●	○	○	○	●	○
腫瘍マーカー	○	○	○	●	○	○	○	●	○
一般採血	○	○	○	●	○	○	○	●	○
胸部 X-P	○	○	○	●	○	○	○	●	○
脳CT又は脳MRI				●				●	
胸腹部 C T				●				●	

診 察 月	4年 6か月	4年 9か月	5年
自他覚症状	○	○	●
腫瘍マーカー	○	○	●
一般採血	○	○	●
胸部 X-P	○	○	●
脳CT又は脳MRI			●
胸腹部 C T			●

参考事項

●病院 ○かかりつけ医 [ ]は何れで実施しても可、予約時に確認する。

赤は必須項目、青は任意項目

検査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可

胸腹部造影C T：1年間は半年に1回。1年以降は年に1回必須。  
(半年に1回はオプション)

検査項目	一般採血	: AST, ALT, ALP, γ-GTP, T.B., T.C., (T.P.), A1b, (LDH), (BUN), Cr, BS, Na, K, Cl, WBC, 像, RBC, Hb, P t+, P t  など
	腫瘍マーカー	: CEA, CYFRA など
	その他	

連携パス運用の継続が難しい場合、理由を記載し治療病院医療連携（電話・FAX）にご連絡下さい。

- (理由： 1. 死亡                      2. 転居                      3. 再発                      4. 他疾患の発症  
5. 通院困難                      6. 病院のみ受診                      7. かかりつけ医のみ受診  
8. 未受診                      9. その他 )



共同診療計画書

様

ID

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

		3か月後		6か月後	
肺がん 手術日 20 年 月 日		20 年 月		20 年 月	
		病 院		病 院	
診察(予定)日		20 年 月 日		20 年 月 日	
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	CYFRA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	脳CTまたは脳MRI			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	胸腹部CT			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バリエーション		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
体 重		Kg		Kg	
診察前に記入してください	血 痰	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	呼吸困難	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	ふらつき	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	麻痺・しびれ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	骨・関節の痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	その他				
U F T					
診察所見・連絡事項					

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

		4年3か月後		4年6か月後		4年9か月後		5年後	
		20 年 月		20 年 月		20 年 月		20 年 月	
		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		病 院	
診察(予定)日		20 年 月 日		20 年 月 日		20 年 月 日		20 年 月 日	
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	CYFRA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	脳CTまたは脳MRI							<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	胸腹部CT							<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バリエーション		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
体 重		Kg		Kg		Kg		Kg	
診察前に記入してください	血 痰	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	呼吸困難	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	ふらつき	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	麻痺・しびれ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	骨・関節の痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	その他								
U F T									
診察所見・連絡事項									

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。



共同診療計画書

様

ID

		3年6か月後	3年9か月後	4年後
肺がん 手術日 20 年 月 日		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		かかりつけ医	かかりつけ医	病 院
診察(予定)日		20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	CYFRA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	脳CTまたは脳MRI			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	胸腹部CT			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バリエーション		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
体 重		Kg	Kg	Kg
診察前に記入してください こちらには、患者さんが	血 痰	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	呼吸困難	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	ふらつき	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	麻痺・しびれ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	骨・関節の痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	その他			
U F T				
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

9か月後	1年後	1年3か月後	1年6か月後
20 年 月	20 年 月	20 年 月	20 年 月
かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
Kg	Kg	Kg	Kg
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

		1年9か月後	2年後	2年3か月後
肺がん 手術日 20 年 月 日		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		かかりつけ医	病 院	かかりつけ医
診察(予定)日		20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
腫瘍マーカー	CEA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	CYFRA (必須)	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
	腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
画像検査	胸部レントゲン		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	脳CTまたは脳MRI		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
	胸腹部CT		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バリエーション		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
体 重		Kg	Kg	Kg
診察前に記入してください	血 痰	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	呼吸困難	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	ふらつき	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	麻痺・しびれ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	骨・関節の痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	その他			
U F T				
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

2年6か月後	2年9か月後	3年後	3年3か月後
20 年 月	20 年 月	20 年 月	20 年 月
かかりつけ医	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-) <input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )
Kg	Kg	Kg	Kg
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。