

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



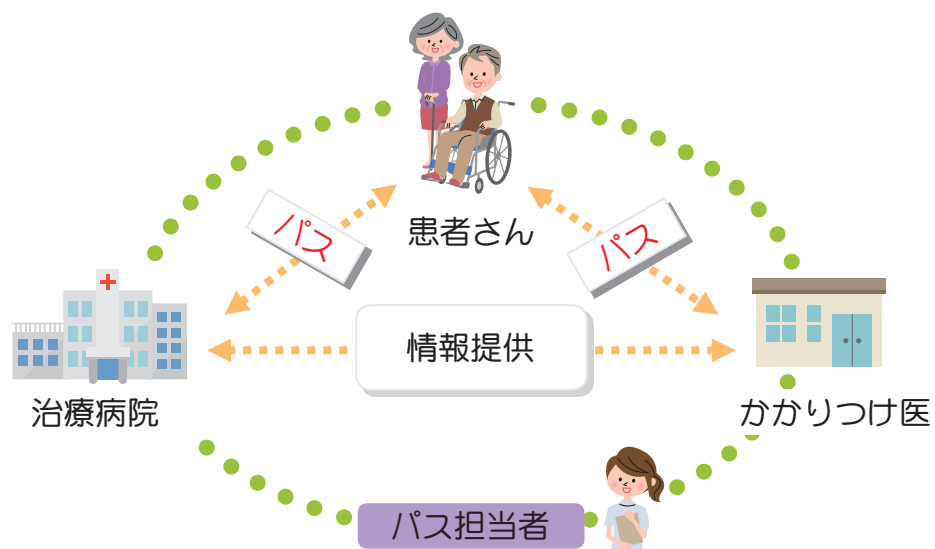
氏名

## 「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作成した「10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。

こちらのページはご自由にお使いください

お名前				
生年月日 昭・平（西暦）	年 月 日			
住 所				
T E L	緊急時 連絡先			
身 長	cm	体 重	術 前	kg
			術 後	kg
治療病院				
T E L				
I D				
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				
T E L				
かかりつけ薬局				
T E L				
F A X				

地域連携パス同意書	<input type="checkbox"/> 確 認
-----------	------------------------------

6か月毎の採血を行う機関 （ 病院 ・ かかりつけ医 ）

別表 検査項目一覧表 乳がん連携パス

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	2年 3か月	2年 6か月
自他覚症状	●	○	[○●]	○	●	○	[○●]	○	●	○	[○●]
腫瘍マーカー	●		[○●]		●		[○●]		●		[○●]
一般採血	●		[○●]		●		[○●]		●		[○●]
マンモグラフィ	●				●				●		
超音波検査	●		[○●]		●		[○●]		●		[○●]
CT/PET/MRI	●				●				●		

診察月	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	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		●		[○●]		●		[○●]		●
マンモグラフィ		●				●				●
超音波検査		●		[○●]		●		[○●]		●
CT/PET/MRI		●				●				●

以後10年目まで同様に繰り返す

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。  
乳癌治療によって、(1)高脂血症、(2)高血圧、(3)骨粗しょう症、(4)肝機能障害  
(5)更年期障害などの内科的疾患の併発もありうるため、これらのチェックとして必要  
に応じて検査を行ってもよい。

赤は必須項目 マンモグラフィは5年目以後も年1回を原則とする

マンモグラフィ：原則として1年毎 1年に1回は必須  
超音波検査：6か月～1年毎 必要に応じて  
CT：1年毎 必要に応じて

検査項目 一般採血：一般血算  
AST, ALT, ALP, γ-GTP, 中性脂肪, 総コレステロール, BUN, Cr  
腫瘍マーカー：CEA, CA15-3 WBC, RBC, Hb, Ht, Plt

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 )

既往症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

家族歴

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）











共同診療計画書

様

乳がん		1年9か月後	2年後	2年3か月後
		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		<input type="checkbox"/> ( )	
	CA15-3		<input type="checkbox"/> ( )	
	その他		<input type="checkbox"/>	
画像検査	マンモグラフィ		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
	超音波検査		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
	CT, PET, MRI等		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
	特記事項			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 調		良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
診察前にご記入ください こちらは、患者さんが	胸のしこり・赤み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	きずの痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	運動障害・リンパ浮腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	薬の副作用	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
	そ の 他			
	注射薬 ( )	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内服薬 ( )	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	
内服薬 ( )	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	
特記事項				
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

9年6か月後	9年9か月後	10年後
20 年 月	20 年 月	20 年 月
かかりつけ医又は病院	かかりつけ医	病 院
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"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
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
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

赤字は必須項目です。

共同診療計画書

様

乳がん		8年9か月後	9年後	9年3か月後
		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		<input type="checkbox"/> ( )	
	CA15-3		<input type="checkbox"/> ( )	
	その他		<input type="checkbox"/>	
画像検査	マンモグラフィ		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
	超音波検査			
	CT, PET, MRI等			
	特記事項			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 調		良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	胸のしこり・赤み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	きずの痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	運動障害・リンパ浮腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	薬の副作用	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
	そ の 他			
注射薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。

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
かかりつけ医又は病院	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"/> 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"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
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
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

赤字は必須項目です。

共同診療計画書

様

乳がん		3年6か月後	3年9か月後	4年後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		かかりつけ医 又は 病院	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	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )
	CA15-3	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )
	その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
画像検査	マンモグラフィ			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	超音波検査			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	CT, PET, MRI等			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	特記事項			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 調		良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	胸のしこり・赤み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	きずの痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	運動障害・リンパ浮腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	薬の副作用	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
	そ の 他			
注射薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

7年9か月後	8年後	8年3か月後	8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	かかりつけ医 又は 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"/> 異常所見(+・-)		
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
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
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

赤字は必須項目です。

共同診療計画書

様

乳がん		7年後	7年3か月後	7年6か月後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		病 院	かかりつけ医	かかりつけ医 又は 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	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )
	CA15-3	<input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> ( )
	その他	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
画像検査	マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
	超音波検査			
	CT, PET, MRI等			
	特記事項			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 調		良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	胸のしこり・赤み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	きずの痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	運動障害・リンパ浮腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	薬の副作用	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
	そ の 他			
注射薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

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 又は 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"/> 異常所見(+・-)
			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
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
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

赤字は必須項目です。

共同診療計画書

様

乳がん		5年3か月後	5年6か月後	5年9か月後
		20 年 月	20 年 月	20 年 月
		かかりつけ医	かかりつけ医 又は 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		<input type="checkbox"/> ( )	
	CA15-3		<input type="checkbox"/> ( )	
	その他		<input type="checkbox"/>	
画像検査	マンモグラフィ			
	超音波検査			
	CT, PET, MRI等			
	特記事項			
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 達成
バリエーション		なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )
体 調		良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	胸のしこり・赤み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	きずの痛み	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	運動障害・リンパ浮腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	薬の副作用	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
	そ の 他			
注射薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
内服薬 ( )		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
診察所見・連絡事項				

赤字は必須項目です。

かかりつけ医 ( )

医師名 ( )

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

赤字は必須項目です。