

内服あり

# 私のカルテ

## (肺がん)



お名前

生年月日 (西暦)      年      月      日

## 私のカルテとは

- 「私のカルテ」の使い方
  - ・ 「私のカルテ」はあなたのことを地域の医療者にお伝えするために使うものです。病院やかかりつけ医を受診する際には、必ず持参しましょう。
  - ・ 受診後には説明内容や結果を診療日記に書いておきましょう。
  - ・ 日常生活の様子についても記録しておきましょう。
  - ・ かかりつけ薬局を利用する際には、お薬手帳と一緒に提出しましょう。
  
- 「私のカルテ」には、以下の内容が綴られています。
  - ① わたしの診療情報
  - ② 手術に関する情報
  - ③ がん地域連携パスとは
  - ④ がん地域連携における医師の役割分担
  - ⑤ わたしの担当者
  - ⑥ 緊急時の対処方法は
  - ⑦ 治療スケジュール
  - ⑧ 相談支援センターにご相談ください
  - ⑨ 患者同士の支え合いの場を利用しましょう
  - ⑩ セルフチェック・診察医の記入欄
  - ⑪ わたしの診療日記



## わたしの診療情報

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日	血液型	型
住所	〒 -		
電話番号	( ) -		
病名			
これまでの病気の経過			
アレルギー			
病気の説明をしてほしい人			
病気の説明をしてほしくない人			



## がん地域連携における 医師の役割分担

### ● かかりつけ医の役割

かかりつけ医は、がん治療が円滑に続けられるように、日頃の診療や療養指導を担当します。主な役割は以下の通りです。

- ・ 定期的な診察、血液検査など
- ・ 定期的なお薬の処方
- ・ 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
- ・ 併存する病気の治療



### ● 病院の専門医の役割

病院の専門医は、手術や放射線治療、化学療法、入院治療、定期的な精密検査などを担当します。主な役割は以下の通りです。

- ・ がんの手術、放射線治療、化学療法
- ・ 血液検査、超音波検査、CT検査、内視鏡検査など
- ・ がんに関する専門職の各種指導



## わたしの担当者

### ① 手術をした病院

医療機関名			
住所			
電話番号		担当医	

### ② かかりつけの病院・診療所

医療機関名			
住所			
電話番号		担当医	

### ③ 処方薬局

薬局名			
住所			
電話番号			

### ④ ケアマネジャー

施設名			
電話番号		担当者名	

### ⑤ 訪問看護

施設名			
電話番号		担当者名	

## 緊急時の対処方法は

症状	対応方法
例) 吐き気が強く、食事が全く摂れない	6

### 【連絡】

No.	対応方法	連絡先
1	かかりつけ医に電話	TEL
2	訪問看護に電話	TEL
3	手術した病院に電話	TEL
4	夜間急病センターに電話	TEL

### 【受診】

No.	対応方法	連絡先
5	かかりつけ医を受診	TEL
6	手術した病院を受診	TEL
7	夜間急病センターを受診	TEL

## 治療スケジュール（1年目）

○・・・実施 △・・・必要時に実施

診療施設	手術した病院	手術した病院	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院
経過	開始日	1か月後	2か月後	3か月後	4か月後	5か月後	6か月後
受診日	/	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○					
	胸部X線	○	○		○		
	胸部CT						○

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院
経過	7か月後	8か月後	9か月後	10か月後	11か月後	1年後
受診日	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○				
	胸腹部CT					
	腹部超音波					○

## 治療スケジュール（2年目）

○・・・実施 △・・・必要時に実施

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院
経過	1年1か月後	1年2か月後	1年3か月後	1年4か月後	1年5か月後	1年6か月後
受診日	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○				
	胸部X線					
	胸部CT					○

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院
経過	1年7か月後	1年8か月後	1年9か月後	1年10か月後	1年11か月後	2年後
受診日	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	○	○	○	○	○
	腫瘍マーカー	○				
	胸部X線					
	胸部CT					○

## 治療スケジュール（3～4年目）

○・・・実施 △・・・必要時に実施

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院
経過	2年2か月後	2年4か月後	2年6か月後	2年8か月後	2年10か月後	3年後
受診日	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	△	○	△	△	○
	腫瘍マーカー					
	胸部X線					
	胸部CT			○		○

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院
経過	3年2か月後	3年4か月後	3年6か月後	3年8か月後	3年10か月後	4年後
受診日	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	△	○	△	△	○
	腫瘍マーカー					
	胸部X線					
	胸部CT			○		○

# 治療スケジュール（5年目）

○・・・実施 △・・・必要時に実施

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院	かかりつけ医	かかりつけ医	手術した病院
経過	4年2か月後	4年4か月後	4年6か月後	4年8か月後	4年10か月後	5年後
受診日	/	/	/	/	/	/
診察・問診チェック	○	○	○	○	○	○
検査	血液検査	△	○	△	△	○
	腫瘍マーカー					
	胸部X線					
	胸部CT			○		○

## 相談支援センターにご相談ください

「がん相談支援センター」は、全国各地のがん診療連携拠点病院にあり、がんのことや治療法、地域の医療施設、療養を支える仕組み等、がんに関するさまざまな情報を提供したり、質問や相談にお答えしています。

専門の相談員が患者さんや家族の方のお話にじっくり耳を傾け、一人一人に合った解決方法をとともに探します。がんに関する相談ならなんでも構いません。また、かかりつけの病院かどうかも問いません。その病院にかかっていなくても誰でも無料で利用できます。

### 市立函館病院 がん相談支援センター

電話 0138-43-2000

相談時間 月曜日～金曜日（※祝日除く） 8：45～15：00

### 函館五稜郭病院 医療総合サービスセンター がん相談支援室

電話 0138-51-2295

相談時間 月曜日～金曜日（※祝日除く） 9：00～17：00  
土曜日 9：00～12：30

### 国立病院機構 函館病院 がん相談支援センター

電話 0138-51-0229

相談時間 月曜日～金曜日（※祝日除く） 8：30～17：15

## 患者同士の支え合いの場を 利用しましょう

同じ経験を持つ患者同士が語り合うことで、気持ちがずいぶん楽になったり、療養生活を快適に送る知恵を得られることがあります。かかりつけ医や病院の専門医の話とともに、うまく取り入れることをお勧めします。患者同士が会える場、支え合いの場としては、患者会、患者サロン、ピアサポートなどがあります。詳しくは、がん相談支援センターにお問い合わせください。

### 1. 患者会

患者会とは、同じ病気や障害、症状など、何らかの共通する患者体験を持つ人たちが集まり、自主的に運営する会のことです。

### 2. 患者サロン

患者サロンとは、患者やその家族など、同じ立場の人が、がんのことを気軽に本音で語り合う交流の場のことで、最近、患者会の少ない地域でも広がっています。

### 3. ピアサポート

がんにおけるピアサポートとは、患者や家族の悩みや不安に対して、がん経験者が自分の経験を生かしながらか相談や支援を行うといった形での取り組みです。このような活動が始まったのは、ここ数年のことで、医療機関内で実施されています。

### 患者さんのセルフチェック欄

※こちらは診察前に患者さんが記入する欄です。

診療施設	がん拠点病院	がん拠点病院	かかりつけ医
受診日	/	/	/
	内服前	1ヵ月目	2ヵ月目
口内炎	/	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
吐き気		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
下痢		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食欲低下		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
皮膚の異常		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
倦怠感		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

### 診察医の記入欄

※こちらは医療者が記載致します。

達成目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>•UFT内服の必要性を理解する</li> <li>•UFTの副作用の説明を受けた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•再発がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•安全に内服できる</li> </ul>
治療・薬剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>•投与量（体表面積）  <math>\geq 1.30m^2 \rightarrow 400mg \times 2</math>  <math>&lt; 1.30m^2 \rightarrow 300mg \times 3</math> </li> <li>•服用開始            年 月 日         </li> </ul>	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
活動・安静度	制限ありません		
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> UFTの説明 <input type="checkbox"/> 薬剤師からのUFTの説明 <input type="checkbox"/> 薬剤師による併用薬の確認 <input type="checkbox"/> 治療同意書		<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡



がん拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/	/
3ヵ月目	4ヵ月目	5ヵ月目	6ヵ月目
<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 <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 <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

・再発がない	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
朝：_____mg	朝：_____mg	朝：_____mg	朝：_____mg
昼：_____mg	昼：_____mg	昼：_____mg	昼：_____mg
夕：_____mg	夕：_____mg	夕：_____mg	夕：_____mg
<input type="checkbox"/> 胸部X線写真			<input type="checkbox"/> 胸部CTscan
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	

### 患者さんのセルフチェック欄

※こちらは診察前に患者さんが記入する欄です。

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
	/	/	/
受診日	7ヵ月目	8ヵ月目	9ヵ月目
口内炎	<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
吐き気	<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
下痢	<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
食欲低下	<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
皮膚の異常	<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
倦怠感	<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

### 診察医の記入欄

※こちらは医療者が記載致します。

達成目標	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる
	朝：_____mg	朝：_____mg	朝：_____mg
	昼：_____mg	昼：_____mg	昼：_____mg
	夕：_____mg	夕：_____mg	夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
活動・安静度	制限ありません		
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
1 0ヵ月目	1 1ヵ月目	1 2ヵ月目
<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 <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 <input type="checkbox"/> あり

・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	

### 患者さんのセルフチェック欄

※こちらは診察前に患者さんが記入する欄です。

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
	/	/	/
受診日	1 3ヵ月目	1 4ヵ月目	1 5ヵ月目
<input type="checkbox"/> 内炎	<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
吐き気	<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
下痢	<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
食欲低下	<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
皮膚の異常	<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
倦怠感	<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

### 診察医の記入欄

※こちらは医療者が記載致します。

達成目標	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる
	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
活動・安静度	制限ありません		
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
1 6 ヵ月目	1 7 ヵ月目	1 8 ヵ月目
<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 <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 <input type="checkbox"/> あり

・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	

### 患者さんのセルフチェック欄

※こちらは診察前に患者さんが記入する欄です。

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
	/	/	/
受診日	1 9 ヵ月目	2 0 ヵ月目	2 1 ヵ月目
口内炎	<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
吐き気	<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
下痢	<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
食欲低下	<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
皮膚の異常	<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
倦怠感	<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

### 診察医の記入欄

※こちらは医療者が記載致します。

達成目標	・安全に内服できる	・安全に内服できる	・安全に内服できる
	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg	朝：_____mg 昼：_____mg 夕：_____mg
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 * 有意な腫瘍マーカー ( )	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
活動・安静度	制限ありません		
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
2 2カ月目	2 3カ月目	2 4カ月目
<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 <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 <input type="checkbox"/> あり

・安全に内服できる	・安全に内服できる	・再発がない
朝： _____mg 昼： _____mg 夕： _____mg	朝： _____mg 昼： _____mg 夕： _____mg	朝： _____mg 昼： _____mg 夕： _____mg
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 副作用の確認 ・強い副作用症状の場合は病院主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

### 患者さんのセルフチェック欄

※こちらは診察前に患者さんが記入する欄です。

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
	/	/	/
受診日	2 6カ月目	2 8カ月目	3 0カ月目
食欲低下	<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
易疲労感	<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
活動の制限	<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 <input type="checkbox"/> あり

### 診察医の記入欄

※こちらは医療者が記載致します。

達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤			
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません		
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
3 2ヵ月目	3 4ヵ月目	3 6ヵ月目
<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 <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

### 患者さんのセルフチェック欄

※こちらは診察前に患者さんが記入する欄です。

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
	/	/	/
受診日	3 8ヵ月目	4 0ヵ月目	4 2ヵ月目
食欲低下	<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
易疲労感	<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
活動の制限	<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 <input type="checkbox"/> あり

・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

### 診察医の記入欄

※こちらは医療者が記載致します。

達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤			
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません		
患者様及びご家族への 説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

### 患者さんのセルフチェック欄

※こちらは診察前に患者さんが記入する欄です。

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
4 4 ヵ月目	4 6 ヵ月目	4 8 ヵ月目
<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 <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

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
	/	/	/
受診日	5 0 ヵ月目	5 2 ヵ月目	5 4 ヵ月目
食欲低下	<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
易疲労感	<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
活動の制限	<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 <input type="checkbox"/> あり

### 診察医の記入欄

※こちらは医療者が記載致します。

・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤			
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません		
患者様及びご家族への 説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載) 診察医師サイン	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
5 6ヵ月目	5 8ヵ月目	6 0ヵ月目
<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 <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

・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

## わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。(任意)



## わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。（任意）



## わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。（任意）





## わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。（任意）



## わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。（任意）



## わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。（任意）



## わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。（任意）



# わたしの診療日記

診察日	記録
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

診察を受けたときの記録や診察時に聞くことができなかったこと、  
医療スタッフに伝えたいことなどをご自由にお書きください。（任意）



イラスト：WANPUG

函館市がん地域連携パス協議会  
函館市医師会  
平成 24 年 ● 月 発行