

内服なし

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			

手術に関する情報

手術日	(西暦) 20____年____月____日
手術時年齢	____歳
占拠部位	<input type="checkbox"/> 右 (R) <input type="checkbox"/> 右上 (U) <input type="checkbox"/> 右中 (M) <input type="checkbox"/> 右下 (L) <input type="checkbox"/> 左 (L) <input type="checkbox"/> 左上 (U) <input type="checkbox"/> 左下 (L)
切除範囲	<input type="checkbox"/> 肺葉切除術 (右 上 中 下、左 上 下) <input type="checkbox"/> 区域切除術 (S) <input type="checkbox"/> 部分切除術 (S) <input type="checkbox"/> 肺全摘術 (右 左) <input type="checkbox"/> 残肺全摘術 (右 左) <input type="checkbox"/> 残肺葉切除術 <input type="checkbox"/> 気管および気管支切除術 <input type="checkbox"/> 合併切除・その他 ()
組織型	<input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 大細胞癌 (<input type="checkbox"/> LCNEC) <input type="checkbox"/> その他 ()
TNM	T (cm) N M
Stage	<input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IV



がん地域連携パスとは

がん地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と病院の専門医とが、あなたの診療経過を共有できる診療計画書のことです。これを活用することにより、かかりつけ医と病院の専門医とが役割分担をして、同じ診療方針のもと手厚い診療を受けることができるようになります。

がん地域連携パスは患者さまの診療方針や在宅での療養生活を十分に考慮した上で利用した方が良いと判断された患者さまにだけお勧めします。もちろん、あなたが利用を中止したい場合にはいつでも対応可能です。

あなたも連携パスを活用して、かかりつけ医と病院の専門医の2人の主治医に診てもらいましょう。



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（2～3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	1年2か月後	1年4か月後	1年6か月後	1年8か月後	1年10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			○			○

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			○			○

治療スケジュール(4～5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	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			○			○

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			○			○

memo



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	/ 退院後初回診察	/ 1ヵ月目	/ 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
易疲労感		<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

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	・術後の合併症がない ・今後の通院計画を理解する	・再発がない	・不安なく生活できる
治療・薬剤			
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	(必要に応じて) <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"/> 今後の通院計画の説明	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点 の確認と相談

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

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
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

・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	(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 ()
<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点 の確認と相談	<input type="checkbox"/> 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	・不安なく生活できる
治療・薬剤			
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー ()	(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
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"/> 日常生活における問題点 の確認と相談

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
10ヵ月目	11ヵ月目	12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

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	14ヵ月目	16ヵ月目	18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

・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	

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 *有意な腫瘍マーカー ()	(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
/	/	/
20ヵ月目	22ヵ月目	24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

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	26ヵ月目	28ヵ月目	30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

・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 *有意な腫瘍マーカー ()	(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
/	/	/
32ヵ月目	34ヵ月目	36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

・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

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	38ヵ月目	40ヵ月目	42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

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 *有意な腫瘍マーカー ()	(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
/	/	/
44ヵ月目	46ヵ月目	48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

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	50ヵ月目	52ヵ月目	54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

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 *有意な腫瘍マーカー ()	(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

わたしの診療日記

かかりつけ医	かかりつけ医	がん拠点病院
/	/	/
56か月目	58か月目	60か月目
<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

・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