

# 2人の主治医が連携し、より手厚いがん診療を提供するための 「東京都医療連携手帳」

東京都では、安全で質の高いがん医療を切れ目なく提供していくために「東京都医療連携手帳」を運用しています。かかりつけ医と専門病院医師が、検査結果や経過などの情報を定期的に共有しながら、2人で患者さんの主治医を務めることで、より手厚いがん診療を行えるようになります。



## 東京都医療連携手帳 による情報の共有

日頃の診察  
を担当

**かかりつけ医**  
(近所のクリニックなど)

- ・ 定期的な診察、検査など
- ・ 定期的なお薬の処方
- ・ 痛みや吐き気などの突発的な症状の診察や治療
- ・ 風邪をひいたときの診察や治療

年に何回かの  
専門的診察  
を担当

**NTT東日本  
関東病院**

- ・ がんに関する特殊な検査 (CTやMRIなど)
- ・ がんに関する特殊な診療や治療
- ・ がんの症状が変化したときの対応

## 「東京都医療連携手帳」を使う利点！

### ■ 計画に沿った適切な診療の提供

診察予定表により「いつ」「どこで」「どんな」検査や診察を受ければよいか分かります。また、かかりつけ医とNTT東日本関東病院が患者さんの診療情報を共有できるので、同じ検査を重複して受ける必要はなくなります。

### ■ 2人の主治医がいる安心感

日頃の診察を担当するかかりつけ医と、年に何回かの専門的診療を担当するNTT東日本関東病院医師の2人が患者さんの主治医をつとめることで、安心して療養することができます。

なお、かかりつけ医は患者さんの病気（がん）のことを把握しているので、体調が良くないときも適切な診療を受けることができます。

## 「東京都医療連携手帳」の利用は…

NTT東日本関東病院 担当医は、医療連携が患者さんの診療に適しているかどうかを吟味し、患者さんやご家族に十分説明し同意を得た上で、手帳の利用を開始します。なお、使用開始後、途中での使用中止も可能です。

東京都医療連携手帳



# 東京都医療連携手帳 運用手順書

## 東京都医療連携手帳を利用される患者さんへ

連携開始時

NTT東日本関東病院から、患者さんに手帳をお渡しします。この手帳は診察 及び 検査等でかかりつけ医 及び NTT東日本関東病院に行く際必ず持参し提示してください。

診察・検査

患者さんは、手帳に記載された予定表に沿って、かかりつけ医 又は NTT東日本関東病院（どちらを受診するかについても、手帳に記載されています）で、診察・検査を受けます。手帳には、患者さんが気になることを記載する箇所もございますので、ご利用ください。（患者さんの状態をみんなで共有することができ、安心して診療を受けられます）

その他の時

お出かけの際は（別の病気で他の医療機関等に行く際も）、手帳を持参すればより適切な対応に繋がります。（お薬手帳も一緒にお持ちください）

患者さんに  
お願いしたいこと

## 手帳の記載

- ① 3ページと4ページの各項目を、わかる範囲で記入してください。
- ② 受診前に9ページ以降の診療記録欄について、あらかじめ赤枠の部分を入力し、受診時に医師にお渡しください。

①

患者さんは、42ページ「この連携手帳の使い方について」をご参照のうえ、各項目をご記入ください。

お名前					
生年月日 (西暦)	年	月	日		
身長	cm	体重	kg		
T E L					
I D					
手術日	20	年	月	日	
20	年	月	日		
かかりつけ医(1)					
T E L					
I D					
主治医					
かかりつけ医(2)					
T E L					
I D					
主治医					
かかりつけ医					
T E L					

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

②

この部分を記載してください

診療記録 (1年目)

手術日	20	/	20	/	20	/	20	/	20	/	20	/	20	/	20	/
受診機関	●		○		○		○		○		○		○		○	
体重	kg															
症状記入欄	<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 腹痛・膨満感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・食欲不振 <input type="checkbox"/> 発熱・発疹 <input type="checkbox"/> 腎臓病・紅門腫瘍 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> その他( )	
採血 CEA CA19-9	●		○		○		○		○		○		○		○	
医師機関記入欄																
説明・指導 (診察・検査所見等) 医師機関との連携の高度化 の推進を図る																