

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气(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 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記入し、受診時に医師にお渡しください。

①

患者さんは、38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)	_____
治療機関	_____
T E L	_____
I D	_____
主治医	_____
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	_____
かかりつけ薬局	_____
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) 名 _____

治療科目: _____

手術日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年
受診機関	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
体重	kg	kg	kg	kg	kg
下記の症状がある場合はチェックを入れてください					
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸やけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他気になる症状					
採血					
CEA					
CA19-9					
内視鏡検査					
腹部CT / 腹部US					
胸部X線 / 胸部CT					
説明・指導 (診察・検査所見等) 検査結果の要約の記載も記入					

※書ききれない場合は通信欄へ