

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「この手帳の使い方について」を 参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。
既往歴および現在治療中の病気

お名前	
生年月日	昭・平 _____年 _____月 _____日 明・大 _____年 _____月 _____日
身長	_____ cm 体重 _____ Kg
治療病院	
T E L	
ID	
担当医	
手術日	20 ____年 ____月 ____日 20 ____年 ____月 ____日
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）	
かかりつけ医（1）	
医師名	
T E L	
かかりつけ医（2）	
医師名	
T E L	
かかりつけ薬局	
T E L	

②

この部分を記載してください

名前： _____ 治療病院 I D： _____

●治療病院
○かかりつけ医
◇かかりつけ医または治療病院

手術日	退院後 2 週	3 ヶ月	6 ヶ月	9 ヶ月	1 年
20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
受診機関	● ○	○ ○	○ ○	○ ○	● ○
体重	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
下記の症状が持続する場合はチェックを入れてください					
腹痛・膨満感	<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"/>
吐き気・食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
発熱・発疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肩疼痛・紅門疼痛・下腰痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
下血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
むくみ	<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含む）	● ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
直腸指診（痔瘻がんの検査）					
胸部CT			(○)		○
腹部CT (膵臓がん(膵臓癌)の検査)			(○)		○
大腸内視鏡検査					○
診察所見・検査所見 (書ききれない時は通称欄へ) (既往歴以上の診療の経過を C/ 他を記入)					