

私のカルテ



受診時には必ずお持ちください

お名前：

病院名：

©NARA pref

奈良県

奈良県肝がん連携パス

【目次】

- ★ 私の情報： p.2
- ★ 連携パスとは： p.3
- ★ あなたの主治医の役割： p.4
- ★ 退院後の日常生活について： p.5
- ★ 退院時の状態： p.6
- ★ 肝がん連携パス： p.7
- ★ 決定した連携医療機関の一覧： p.19
- ★ 病院の各部署・担当のご案内： p.20
- ★ 連絡メモ： p.21
- ★ 薬剤・検査貼付用紙： p.23
- ★ 連携パスの説明、同意書： p.25



私の情報

名前			
生年月日	西暦	年 月 日	血液型 型 Rh ()
住所			
電話			
緊急時 連絡先 (1)	連絡する人の名前 (本人との関係)		電話番号
緊急時 連絡先 (2)	連絡する人の名前 (本人との関係)		電話番号
かかった 病気	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	心臓の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	肝臓の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	腎臓の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	胃腸の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
かかっ て いる 医療者	かかりつけ医	_____ 医院	名前 _____ ☎ _____
	専門医師	_____ 病院	名前 _____ ☎ _____
	がん支援担当者	_____ 病院	名前 _____ ☎ _____
	訪問看護師	_____ ステーション	名前 _____ ☎ _____
	調剤薬局	_____ 薬局	名前 _____ ☎ _____
	その他	_____	_____

※あなたの大切な情報です。患者様ご本人がご記入ください。

「連携パス」とは地域のかかりつけ医と当院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と当院の医師が協力してあなたの治療を行います。

肝がんの患者さんの約9割が、C型肝炎やB型肝炎というウイルス感染を合併しています。そのため、慢性肝炎や肝硬変といった病気を合併しています。この治療には平素から、注射や投薬が必要となりますが、この日常の診療をかかりつけ医に行っていただきます。

CTやエコーといった肝がんの専門的な定期検査は当院で受けていただきます。肝がんは高率に再発する病気ですが、CTなどで再発が見つかった場合は当院に入院して治療を受けていただきます。

この「連携パス」を活用することで、当院と地域のかかりつけ医が協力して、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。このことは、長い待ち時間の解消や通院時間の短縮などの患者さんの負担の軽減にもなります。さらに、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消などにも貢献します。



_____		病院	_____	科
電話	—	—		(代表)

【あなたの主治医の役割】

1. かかりつけ医では

肝がんの治療が終了し、当院を退院された後は、地域のかかりつけ医の先生に平素は診療していただきます。

おもに、

- 1) 1ヶ月毎の肝炎の血液検査
- 2) 肝炎治療薬を含めたお薬の処方
- 3) 肝炎治療の注射が必要な方は、その注射を
- 4) 腹水やむくみが出てきた時の診療と治療
- 5) 風邪をひいたりして、熱が出た時の診察と治療などを行っていただきます。



2. 当院では

原則として3ヶ月毎に通院していただき、検査と診察を受けていただきます。検査としては、血液検査と腹部超音波検査と腹部CT検査（または腹部MRI検査）を3ヶ月毎に受けていただきます。

その結果は、毎回、かかりつけ医に報告致します。

肝がんの再発が疑われた場合は、入院していただきます。

また、肝性脳症(意識がおかしくなる)や難治性の腹水が出現した時も入院していただきます。



【退院後の日常生活について】

1. 安静と運動

過去には安静が強調されてきましたが、適度な運動が必要です。

適度な運動とは、**1日30分程度の散歩**で、毎日、続けることが大切です。ただし、腹水・黄疸・肝性脳症(意識がおかしくなる)があるときや、AST(GOT)、ALT(GPT)が高い時(200以上)は安静が必要です。



2. 食事

穀類を中心に野菜を多くとって下さい。脂肪はとりすぎないようにして下さい。タンパク質は動物性(肉など)よりも植物性(大豆・豆腐など)のものを多くとって下さい。食後1時間は安静にして下さい。

肝性脳症を起こしたことがある人はタンパク質(特に肉類)のとりすぎに注意して下さい。腹水の貯まったことのある人は塩分を控えて下さい。

3. アルコール

基本的に肝臓が悪い人は**飲酒できません**。



4. 風呂

熱い風呂・長風呂は避けて下さい。**食後1時間は入浴をさけて**下さい。

5. 旅行

腹水・黄疸・肝性脳症がなければ、可能です。ただし、無理のないスケジュールで。

6. 肝炎ウイルス感染予防

出血時の血液付着物の処理は自分でして下さい。かみそり・歯ブラシなどは共用しないようにして下さい。

乳幼児との接触は特に問題はありませんが、食べ物の口移しはしないようにして下さい。



肝がん連携パス（1～6ヶ月）

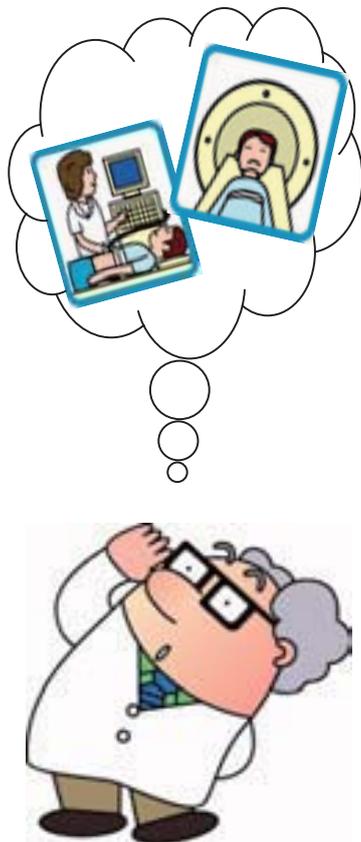
診療場所	当院	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
内服薬	<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
注射/点滴	<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
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
NH3				
AFP				
PIVKA- II				
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg	kg
メモ				

かかりつけ医	かかりつけ医	当 院
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
<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
kg	kg	kg

メモ

肝がん連携パス（7ヶ月～1年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
内服薬	<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
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ			

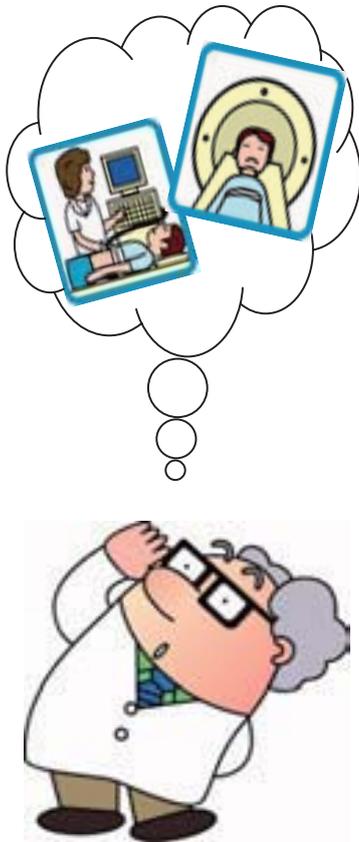


かかりつけ医	かかりつけ医	当 院
10ヶ月	11ヶ月	1年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
<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
kg	kg	kg

メモ

肝がん連携パス（1年1～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
内服薬	<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
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ			

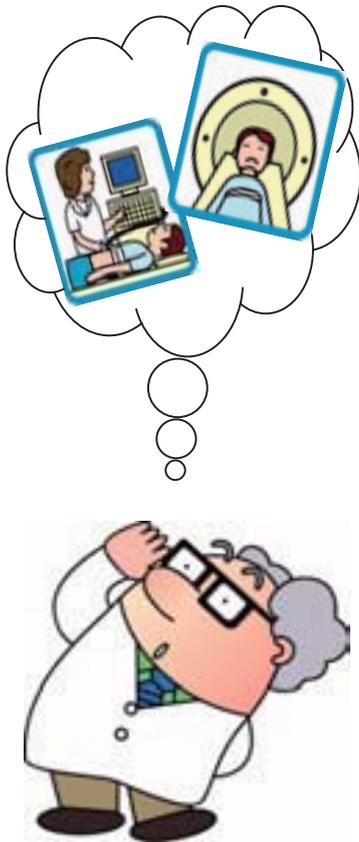


かかりつけ医	かかりつけ医	当 院
1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
<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
kg	kg	kg

メモ

肝がん連携パス（1年7ヶ月～2年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
内服薬	<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
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ			

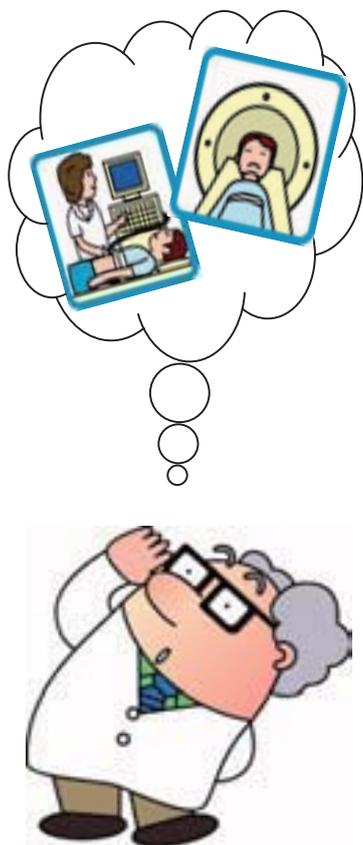


かかりつけ医	かかりつけ医	当 院
1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
<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
kg	kg	kg

メモ

肝がん連携パス（2年1～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
内服薬	<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
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ			

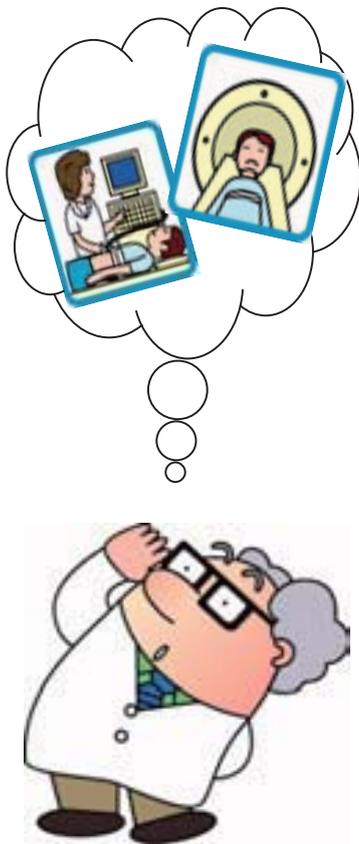


かかりつけ医	かかりつけ医	当 院
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
<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
kg	kg	kg

メモ

肝がん連携パス（2年7ヶ月～3年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
内服薬	<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
注射/点滴	<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
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg
メモ			



かかりつけ医	かかりつけ医	当 院
2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のエコー <input type="checkbox"/> MRIまたはCT
<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
kg	kg	kg

メモ

ここまで再発がなかった場合、新しいパス手帳をご用意いたします。

決定した連携医療機関の一覧

(病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等)

紹介病院	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当医	
担当看護師	
担当薬剤師	
連携室担当者	
担当業務	連携パスに記載

連携病院	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当医	
担当看護師	
連携室担当者	
担当業務	連携パスに記載

訪問看護ステーション	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当者	
担当業務	

調剤薬局	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当者	
担当業務	

連携調整担当者	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎

連携医院	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当医	
担当業務	連携パスに記載

介護支援事業所等	
平日連絡先	☎
夜間・休日連絡先	☎
担当者	
担当業務	

- ・何か不安や異常を感じたら、まず電話で相談してください。
- ・もし、夜間・休日に連絡がつかない時は、申し訳ありませんが、この私のカルテを持って救急病院を受診してください。

当院の各部署・担当のご案内

【医療相談窓口】

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように医療相談窓口では主に治療制度や費用などに関する相談をお受けしています。また、がん診療連携拠点病院として、がんに関する相談は相談支援センター（下記）でお受けしております。

窓口開設時間： 曜日～ 曜日の午前 時～午後 時
（休日と年末年始を除く）

電話番号： — —

【相談支援センター】

患者支援担当は当院に入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して暖かな医療・看護が受けられるよう、看護師など院内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

【地域医療連携室】

地域医療連携室では、地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と当院医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

【医療心理相談】

がんの告知後や手術前後の心理的な不安を抱える患者さん・家族に対して心理的援助を行います。医療心理相談を希望される方は相談支援センターへお申し出ください。

【定期受診や検査予約の変更】

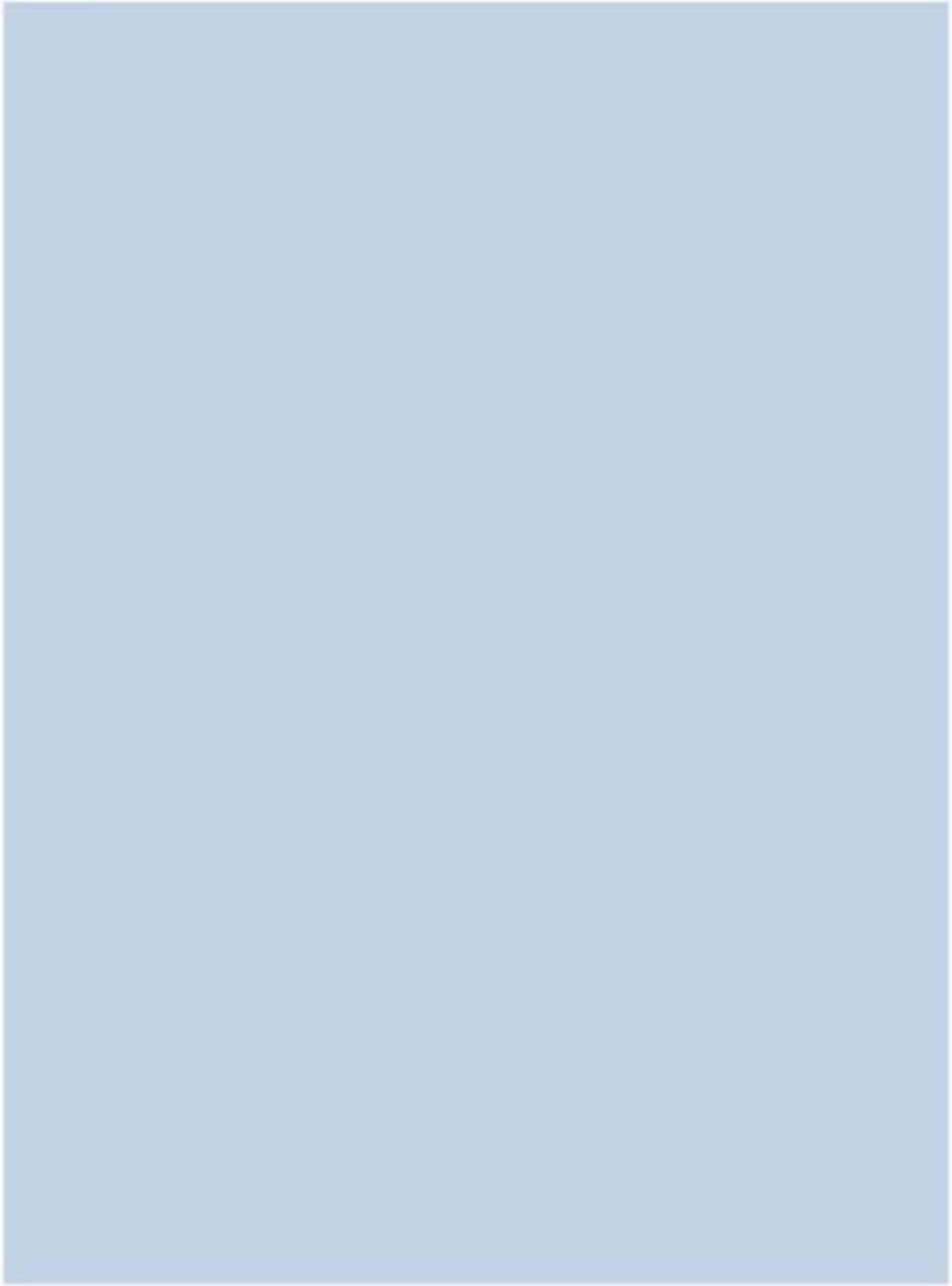
診療予約の変更は担当科外来で承ります。担当科外来受付へ電話にてご連絡ください。

検査予約を変更される場合、腹部エコーは_____へ、腹部CT（もしくはMRI）は_____へそれぞれご連絡ください。

【夜間・休日などの対応】

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、下記までご連絡ください。

電話番号： — — （代表）



地域連携計画書（地域連携クリティカルパス）に関する説明・同意書

平成 年 月 日 説明担当医師

■「地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」について ■

奈良県では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「診療計画書（クリティカルパス）」を活用しています。「診療計画書（クリティカルパス）」とは、その病気の経過を予測して、一番いい診療の計画を立て、患者さんに納得していただいたうえで医師・看護師・薬剤師等が協力して診療にあたり（チーム医療）、診療の方針について、患者さんと医療者が共同で利用できる形に表わしたものです。

現在、私たちは、地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）を用いて地域の病院や診療所と、同じ医療方針で安全で質の高い医療を提供したいと考えています。「地域連携クリティカルパス」では、患者さんを中心に、医師・看護師・薬剤師など関係するすべての医療者が、検査結果や診療の方針を知ったうえで、協力体制を作ります。

患者さんには「私のカルテ」（患者さん用の連携計画書）を利用させていただきます。

■「地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」の運用方法 ■

当院と、地域のかかりつけの医療機関と共同して、役割分担をしながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投薬などを担当し、当院が節目の診察や検査を行います。病状が急に変わった時や、なんらかの問題が生じた時に備え、かかりつけ医と密な連携をとって安心できる体制を作っています。

■「地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」の利点 ■

「地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」にもとづくことは、患者さんの主治医が複数になると考えることができます。異常の早期発見や、きめ細かな対応が可能になります。さらに地域連携診療計画書を利用することで、患者さんやご家族のお話を、もっと、お聞きできるようになるものと考えています。

■ 同意と撤回 ■

私たちは、地域連携診療計画書が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを吟味し、利用する方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さんやご家族と十分ご相談しながら、運用をすすめます。途中で中止することもかまいません。以上についてご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

私は上記の説明を受けました。

私は地域連携診療を（希望します ・ 希望しません）

平成 年 月 日 患者氏名

代理（続柄）

肝がん連携パス 共同診療計画書（患者さん用）

編集 奈良県がん診療連携協議会
奈良県がん対策推進協議会

発行 奈良県医療政策部 保健予防課

奈良県奈良市登大路町30番地
TEL：0742-27-8928
FAX：0742-27-8262

2011年12月発行 初版
2013年3月発行 第2版
2014年3月発行 第3版

お名前

さん

かかりつけ医

(電話 — —)

電話

病院

(代表)

主治医

科