

# 私のカルテ

山形県  
地域連携クリティカルパス



hai:Ver.R6.3.1

お名前 \_\_\_\_\_

# はじめに

この手帳は、手術や治療を施行した病院と地域のかかりつけ医が協力し、あなたの治療経過を共有し、共同診療体制を築き上げる「治療計画表」のことで、病院とかかりつけ医が協力して、あなたの治療を行います。

この『連携パス』を活用することで、治療病院と地域のかかりつけ医とが協力し、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構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、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といったメリットにもつながります。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は治療病院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて治療病院を受診していただきます。

また、**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場合は、治療を行った病院**

\_\_\_\_\_ (Tel \_\_\_\_\_) までご連絡ください。

御本人の診療に関する情報が書き込まれますので、紛失等の無いよう管理に十分御留意下さい。

# もくじ

肺がんの治療について：

退院後の日常生活：

退院後の食生活：

手術後に起こりやすい症状について：

わたしの基本情報、手術・治療情報、投薬情報：

診察・検査予定表：

診療記録：

メモ：

関係医療機関各部署の連絡先：

## 肺がんの治療について

肺がんは、早期発見の場合は手術によってがんをとりきることが出来ます。

しかし、なかには、再発の可能性が無いとは言えず、抗がん剤を用いた治療を行う場合があります。

肺がんの手術を受けられた方は、通常術後5年間は定期検査を受けていただき、再発や新たな肺がんがないか確認する必要があります。

この手帳は、万が一再発した場合や、新たな肺がんが発見された際に、適切な治療が行うことができるように、ご本人と病院、かかりつけ医を結びつけるものです。

# 退院後の日常生活

## 手術後におこりやすい症状

肺を切り取ったための重大なトラブルは多くはありませんが、以下の症状が出る場合があります。

- 「せき」や「たん」：手術後半年～1年以上、続く場合がある。
- 息切れ：歩行時のほか、安静時にも出る。肺が減ることが原因。
- 痛み：傷の痛みの他、傷より前方の胸に重苦しい感じが残る。

これらの症状の多くは、一定の期間がすぎると生じにくくなります。

## 社会復帰に向けて

退院後はなるべく早く、手術前の状態にもどりましょう。  
それが体力維持のコツです。

（年齢、体力、社会的状況、仕事、術式などで個人差はあります。）

# 退院後の生活

## 日常生活

原則的に制限はありません。

たばこは止めましょう。

規則正しい生活、適度な運動を心がけましょう。

ほどほどならお酒も飲んでかまいません。

## 注意すべきことや、胸の症状について

- 「たん」がからむ場合、薬があるので、担当医に相談しましょう。
- 水分不足にならないようにしましょう。
- 手術後1か月以内の発熱は、早めに担当医に相談しましょう。
- 治らない場合、強い寒気や震えがある場合、担当医に相談しましょう。
- 1か月以後の、いわゆる風邪症状は手術との関係は多くはありません。担当医に相談してください。

# 退院後もこれだけは忘れずに！

## 定期的な診察や検査に行きましょう

術後**5年**を目処に、定期的な診察や検査を行います。  
診察や検査の間隔は、手術後の状態によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、定期検査は肺がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。

## 指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、手術後の状態を安定させるためや手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用しましょう。

**副作用がある場合には、医師に申し出てください。**

# 退院後もこれだけは忘れずに！

## 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、**明るく、希望を持って前進し、病気をしてかえって良かったと思われるような建設的な生活を送ってください。**

# わたしの基本情報

記載日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (生年月日 年 月 日) \_\_\_\_\_ 歳 男・女

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ .

(緊急連絡先電話番号)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_ .

手術病院

かかりつけ機関

カルテ番号 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

特記事項 (アレルギー歴・薬の副作用情報・今までかかった病気・その他)

# わたしの手術・治療情報

病 名( \_\_\_\_\_ )

手術日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ・ 退院日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術側  右 ・  左

手術内容  上葉切除 ・  中葉切除 ・  下葉切除

肺区域切除 ・  肺摘除 ・  その他( \_\_\_\_\_ )

最終診断  組織型 ・  腺がん ・  扁平上皮がん  その他( \_\_\_\_\_ )

ステージ \_\_\_\_\_.

合併症  なし ・  あり( \_\_\_\_\_ )

特記事項

# わたしの投薬情報

一般薬

( )UFT      1回量 ( )mg      回/日

朝 昼 夕 食後

( )その他( )      分 食後

投薬予定期間      (投与開始日      年      月      日)

\_\_\_\_年間

# 診察・検査予定表：肺がん

術後経過 年月日	手術日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年 3ヶ月	1年 6ヶ月	1年 9ヶ月	2年	2年 3ヶ月	2年 6ヶ月	2年 9ヶ月	3年	3年 3ヶ月	3年 6ヶ月	3年 9ヶ月	4年	4年 3ヶ月	4年 6ヶ月	4年 9ヶ月	5年
診察	/	●	○	/	/	○	/	/	/	/	○	/	/	○	/	/	/	○	/	/	/	○
腫瘍マーカー ( )	/	/	○	/	/	○	/	/	/	○	/	/	/	○	/	/	/	○	/	/	/	○
レントゲン	/	●	○	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
胸腹部CT	/	/	/	/	/	○	/	/	/	○	/	/	/	○	/	/	/	○	/	/	/	○
脳CT・MRI	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
投薬	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
その他 1 ( )	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
その他 2 ( )	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

※計画変更時または不要な検査は  
手書きで追加、抹消(二重線)

この計画表に記載してある受診月日と受診先は最低限のスケジュールです。手術病院・かかりつけ機関への受診を制限するものではありません。

●は手術病院で行います。

○はかかりつけ機関で行います。

◎は手術病院またはかかりつけ機関いずれかで行います。

# 診療の記録 (1ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (1年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (2年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (3年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (4年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

# 診療の記録 (5年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- |                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下      | <input type="checkbox"/> 睡眠不足 |
| <input type="checkbox"/> せき         | <input type="checkbox"/> 頭痛   |
| <input type="checkbox"/> たん         | <input type="checkbox"/> むくみ  |
| <input type="checkbox"/> 吐き気        | <input type="checkbox"/> めまい  |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         | <input type="checkbox"/> 倦怠感  |
| <input type="checkbox"/> 発熱         | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹         | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |                               |

- 採血
- 胸部レントゲン
- 胸腹部CT
- その他の検査

臨床所見

- 異常あり       異常なし

検査結果

- 異常あり       異常なし

CEA: \_\_\_\_\_ ng/ml

その他のマーカー: \_\_\_\_\_

コメント (結果貼付欄)

メモ

メモ

# 各部署の連絡先

## 手術(治療)病院【緊急時連絡先】

TEL:

診療担当科:

担当医:

## かかりつけ医療機関(1)

TEL:

診療担当科:

担当医:

## かかりつけ医療機関(2)

TEL:

診療担当科:

担当医:

## かかりつけ薬局

TEL: