

私のカルテ



表紙画:北川 久夫

滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会
平成25年(2013年)3月25日 第1.01版

私の目標

連絡先メモ

お名前：

かかりつけ医：

担当医

(電話 — —)

検査・治療施行病院：

担当医

(電話 — —)

かかりつけ薬局：

担当薬剤師

(電話 — —)

滋賀県前立腺がん地域連携パスに関する説明および同意書

地域連携パスとは、病気の疑いがあるときにかかりつけ医から検査・治療施行病院へ紹介してもらい検査を受けるとき、あるいは逆に検査・治療施行病院での治療後、かかりつけ医で経過を診てもらおうとき等、特定の疾患について、紹介の流れをスムーズにするために運用されているシステムです。厚生労働省は、いろいろな観点からこのような診療方式を推奨しています。

前立腺がんには、診断の補助や治療効果などの病勢を把握するうえで有用な、PSA（採血）という精度の高い腫瘍マーカーがあります。PSA値が高いときに、がんの有無を調べる精密検査を検査・治療施行病院で行ったり、前立腺がんの治療を検査・治療施行病院で受けたあと、かかりつけ医にて再発の監視をするときにPSA値を測定します。このように、専門医以外のかかりつけ医でも判断できるPSA値を利用してスムーズに連携できるように運用されているのが、滋賀県前立腺がん地域連携パスです。

患者さんのメリットとしては、以下のようなことがあります。

1. 自分の病気の診断治療の過程の十分な理解ができる。
2. 再発などの問題があっても、検査・治療施行病院における高次機能の医療レベルが保障されるという安心感がもてる。
3. 普段は近くのかかりつけ医で診てもらおうことにより、時間・距離の節約ができる。

滋賀県前立腺がん地域連携パスには、以下の5種類があります。いずれもPSA値の採血結果にて、かかりつけ医と検査・治療施行病院（1年に1回受診）で病状を診ていきます。原則として、2・3・4・5に関しては、症状およびPSA値が安定した後にかかりつけ医へ紹介いたします。

1. ① PSA高値のときの、がんの有無の診断（かかりつけ医→検査・治療施行病院）
② 検査でがんが無かったときの、経過観察（検査・治療施行病院→かかりつけ医）
2. 無治療経過観察（検査・治療施行病院→かかりつけ医）
3. 手術治療後の、再発の監視（検査・治療施行病院→かかりつけ医）
4. 放射線治療後の、再発の監視（検査・治療施行病院→かかりつけ医）
5. 内分泌治療の継続（検査・治療施行病院→かかりつけ医）

このような診療方法に賛同し、地域連携パスに参加することに同意します。

平成 年(20 年) 月 日 氏名 (本人)

検査結果を貼りましょう



連絡ノート(気になっていることやメッセージ・コメントの共有記録)

記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養士から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養士へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養士から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養士へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養士から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養士へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養士から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養士へ <input type="checkbox"/> ()	
記入日	年 月 日	確認欄
<input type="checkbox"/> 患者から <input type="checkbox"/> かかりつけ医から <input type="checkbox"/> 病院担当医から <input type="checkbox"/> 看護師から <input type="checkbox"/> 薬剤師から <input type="checkbox"/> 栄養士から <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 病院担当医へ <input type="checkbox"/> 看護師へ <input type="checkbox"/> 薬剤師へ <input type="checkbox"/> 患者さんへ <input type="checkbox"/> 患者メモ <input type="checkbox"/> 栄養士へ <input type="checkbox"/> ()	

このQAシートは「前立腺がん地域連携パス」の運用についてに限ります。

前立腺がん地域連携パスQA・要望シート

連絡先	医療機関名：		
	担当部署／担当者：		
	TEL：		FAX：
	<input type="checkbox"/> 質問 <input type="checkbox"/> 要望		
質問／要望	について		
質問日	年	月	日
事務局欄	回答につきましては、直接お返事はいたしません。		
	内容をまとめてHP等で公開させていただきます。		
	事務局整理用		
回答日	年	月	日
		回答者	

事務局管理番号：