

がん地域連携クリティカルパス適応の同意書

(癌種名) _____ がん治療を予定されている患者さんおよび家族の皆様へ

退院後の診療とがん地域連携クリティカルパスについて

琉球大学医学部附属病院では、患者さんにわかりやすく、安全で質の高い医療の提供を目指して「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）」では治療ガイドラインに則り、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ます（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ています。

1. 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」（患者さん用の携帯ノート）を利用させていただきます。

2. 具体的な地域医療連携

専門施設退院後から、地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）に沿ってかかりつけ医（地域の病院、診療所）が日々の診察（1ヶ月から3ヶ月に1度）と、検査を担当し、当院が節目（3～12ヶ月ごと）の診察・検査を行います。病状が変わった時や、副作用が強い時などに備え、夜間休日にも安心できるような連携の体制を作ります。

3. 「地域連携診療計画書（地域連携クリティカルパス）」に期待されること

「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。より医療の提供を受け易くなる事から異常の早期発見や、きめ細かな対応が望めます。地域連携診療計画書を利用することで、医療の分担と共有が可能となり、患者さん個々の状況に応じた対応が可能になるとやご家族のお話を、もっと、お聞きできるようになるものと考えています。

4. 地域連携診療計画書は診療ガイドラインに沿って作成していますが、運用は、患者さんやご家族と十分ご相談しながらすすめます。途中で中止することもかまいません。

5. ご不明な点や心配があれば、いつでもご相談ください。

主治医連絡先：

施設名 _____ 診療科 _____

医師名 _____ 連絡先 _____

同意書

病院長殿

このたび、がん地域連携クリティカルパスの利用について説明医師に下記事項のついて十分な説明を受けました。

- 1. 地域連携クリティカルパスの目的
- 2. 地域連携クリティカルパスの方法
- 3. 地域連携クリティカルパスにより期待されること
- 4. 同意したあと、いつでもこれを撤回できること
- 5. 質問の自由

上記について、主治医（ ）から説明を受けよく理解しました。がん地域連携クリティカルパスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 平成 年 月 日

氏名 _____

住所 _____

私は、がん地域連携クリティカルパスの利用について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

『医師』 説明日 平成 年 月 日

氏名 _____

『同席者』 説明日 平成 年 月 日

(職種：)

氏名 _____

基本情報【大腸癌】

(西暦) 年 月 日

医療機関名: _____

紹介元施設名: _____

医師名: _____

住所: _____

電話番号: _____

FAX: _____

e-mail: _____

医師名: _____

⑩

患者氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日
住所	沖縄県	電話番号	
診断名		入院日	(西暦) 年 月 日
		退院日	(西暦) 年 月 日
並存疾患		既往歴	

手術日	(西暦) 年 月 日	術式	
-----	------------	----	--

臨床診断	部位	V・C・A・T・D・S・R・RS・Ra・Rb・P・E				最終診断	組織型	pap・tub・tub1・tub2・por・por1・por2・muc・sig・ecc・asc・scc・その他()				
	肉眼型	0-()・I・II・III・IV・V					進達度	Tis・T1a・T1b・T2・T3・T4a・T4b()				
	進達度	Tis・T1a・T1b・T2・T3・T4a・T4b()					N	0・1・2・3	T()N()			
	N	0・1・2・3	H	X・0・1・2・3			N	0・1・2・3	M()			
	P	X・0・1・2・3	M	X・0・1()			PM	X・0・1	DM	X・0・1	RM	X・0・1
	cStage	0・I・II・IIIa・IIIb・IV					fStage	0・I・II・IIIa・IIIb・IV				

問題点及び経過観察の要点	
--------------	--

退院後専門施設外来の間隔: _____

沖縄県がん地域医療連携パス〈大腸がん Stage I ～ Stage III〉（診療計画表）

患者氏名	
連携パス開始日	平成 年 月 日
診療報酬の算定	<input type="checkbox"/> 算定あり <input type="checkbox"/> 算定なし

専門施設名		専門施設医師名	
かかりつけ施設名		かかりつけ施設医師名	

大腸癌Stage I ～Stage III																													
術後(年月)		1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	1年	1年3か月	1年6か月	1年9か月	2年	2年3か月	2年6か月	2年9か月	3年	3年3か月	3年6か月	3年9か月	4年	4年3か月	4年6か月	4年9か月	5年
専門施設受診		○		○			○			○			○		○		○		○		○		○		○		○		○
問診・診察		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
直腸指診(直腸癌)							○						○		○		○		○		○								
検査	CT(胸部、服部、骨盤部)						○						○		○		○		○		○					○			○
	大腸内視鏡検査												○									○							
採血	腫瘍マーカー(CEA、CA19-9)			○			○						○	○	○	○	○	○	○		○		○		○		○		○
	CBC(WBC、Hb、plt、Neut)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	生化学(AST、ALT、D-BIL、ALP、γ-GTP、BUN、CRE)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
その他																													

※ 必要時に施行 MRI、注腸造影、骨シンチ、PET
 ※ 6年目以降は基本健診、職場検診や人間ドックを有効利用する。

沖縄県がん地域医療連携パス〈大腸がん Stage I ~ III〉（診療経過表）

患者氏名		生年月日・性別	男・女
職業		身長	_____cm

専門施設名	
医師名	
かかりつけ施設名	
医師名	

経過 (退院日: 年 月 日)	退院時 (月 日)	1か月 (月 日)	2か月 (月 日)	3か月 (月 日)	4か月 (月 日)	5か月 (月 日)	6か月 (月 日)	7か月 (月 日)	8か月 (月 日)	9か月 (月 日)	10か月 (月 日)	11か月 (月 日)	12か月 (月 日)
患者の受診場所	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医
通院医療機関名													

かかりつけ医（診療所等）	診察測定	体重	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	
		血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	
	臨床症状	※全身症状(PS)													
		食欲低下	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
		排便の回数	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	
	検査	症状・所見・問題点													
		CT(胸部、腹部、骨盤部)							<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
		大腸内視鏡検査												<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
	検査	CBC(WBC、Hb、plt、Neut)													
		生化学(AST、ALT、D-BIL、ALP、γ-GTP、BU N、CRE)													
	治療	腫瘍マーカー(CEA、CA 19-9)													
		経口抗がん剤(薬剤名、用量)													
		パリアンス(署名)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
	特記事項(経過記録)														

※全身症状(PS)

スコア	患者の状態
PS0	無症状で社会的活動ができ、制限をうけることなく発病前と同等にふるまえる
PS1	軽度の症状があり、肉体労働は制限をうけるが、歩行、軽労働や座業はできる
PS2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽作業はできないが、日中50%以上は起居している
PS3	身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している
PS4	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

沖縄県がん地域医療連携パス〈大腸がん Stage I～Ⅲ〉（診療経過表）

患者氏名		生年月日・性別	男・女
職業		身長	_____cm

専門施設名	
医師名	
かかりつけ施設名	
医師名	

経過 (退院日: 年 月 日)	1年3か月 (月 日)	1年6か月 (月 日)	1年9か月 (月 日)	2年 (月 日)	2年3か月 (月 日)	2年6か月 (月 日)	2年9か月 (月 日)	3年 (月 日)	3年3か月 (月 日)	3年6か月 (月 日)	3年9か月 (月 日)	4年 (月 日)	4年3か月 (月 日)	4年6か月 (月 日)	4年9か月 (月 日)	5年 (月 日)
患者の受診場所	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医	専門施設・かかりつけ医
通院医療機関名																

かかりつけ医 (診療所等)	診察測定	体重	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	_____kg	
		血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	
	臨床症状	※全身症状(PS)																
		食欲低下	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
		排便の回数	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
		症状・所見・問題点																
	検査	CT(胸部、腹部、骨盤部)		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
		大腸内視鏡検査								<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り								
	検査	CBC(WBC、Hb、plt、Neut)																
		生化学(AST、ALT、D-BIL、ALP、γ-GTP、BUN、CRE)																
腫瘍マーカー(CEA、CA19-9)																		
治療	経口抗がん剤(薬剤名、用量)																	
	バリアンス(署名)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)	
	特記事項(経過記録)																	

※全身症状(PS)

スコア	患者の状態
PS0	無症状で社会的活動ができ、制限をうけることなく発病前と同等にふるまえる
PS1	軽度の症状があり、肉体労働は制限をうけるが、歩行、軽労働や座業はできる
PS2	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽作業はできないが、日中50%以上は起居している
PS3	身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している
PS4	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

連絡用メモ(気になったことやメッセージ・コメントを共有記録)

緊急の対応性について

- 1. 現在の方法で満足している
- 2. それほどひどくないが、方法があるなら考えてほしい

- 3. 我慢できないことがあり、対応してほしい
- 4. 我慢できない症状がずっと続いている

患者さん・ご家族が記入	医師・看護師・薬剤師が記入
<p><u>年 月 日</u> 緊急の対応性について(1 2 3 4)</p>	<p><u>年 月 日</u></p>
<p><u>年 月 日</u> 緊急の対応性について(1 2 3 4)</p>	<p><u>年 月 日</u></p>
<p><u>年 月 日</u> 緊急の対応性について(1 2 3 4)</p>	<p><u>年 月 日</u></p>