

# 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: \_\_\_\_\_

印

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	「算定あり」 「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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問診・診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直腸指診(直腸癌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査																													
CT(胸部、腹部、骨盤部)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー(CEA、CA19-9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
採血																													
CBC(WBC、Hb、plt、Neut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生化学(AST、ALT、D-BIL、ALP、γ-GTP、BUN、CRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他																													

※ 必要時に施行  
 ※ 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。

MRI、注腸造影、骨シンチ、PET

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 （通院日：年 月 日）	退院時 （月 日）	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	12か月
		（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（月 日）	（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													
体重	_____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
※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
排便回数	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
症状・所見・問題点													
検査	大腸内視鏡検査												
検査	CT(胸部、腹部、骨盤部)												
検査	CBC(WBC, Hb, plt, Neut)												
検査	生化学(AST, ALT, D-BIL, ALP, γ-GTP, BU N, CRE)												
検査	腫瘍マーカー(CEA, CA 19-9)												
治療	癌口瘡がん剤 (薬剤名、用量)												
副作用	パピルス (腫名)	<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、肉体的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 日：__年__月__日	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
	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)	(__月__日)
患者の受診場所	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ	専門施設・かかりつけ
退院医療機関名																
体重	_____kg	_____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	/ mmHg
※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
臨床 症状																
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		<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
検査 大腸内視鏡検査																
検査 CBC(WBC、Hb、plt、Neut)																
検査 生化学(AST、ALT、D-RI ALP、γ-GTP、BUN、 CHE)																
検査 腫瘍マーカー(CEA、CA 19-9)																
治療 経口がん剤 (薬剤名、用量)																
副作用がん剤 (薬名)	<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



施設名	住所	電話	FAX	肺がん			胃がん			肝がん			大腸がん			乳がん			前立腺がん				
				日々の 診察	CT読 影あり	CT読 影なし	内視鏡 検査	腫瘍 マーカー	日々の 診察	CT読 影あり	CT読 影なし	内視鏡 検査	腫瘍 マーカー	日々の 診察	CT読 影あり	CT読 影なし	内視鏡 検査	腫瘍 マーカー	日々の 診察	CT読 影あり	CT読 影なし	内視鏡 検査	腫瘍 マーカー
46	のほろ元氣クリニック	那覇市銘苅3-21-21	098-867-0012	098-867-0013	○																		
47	モリクリニック	豊見城市宜保293-1	098-856-1500	098-856-8801	○																		
48	なかそね 和 内科	那覇市松川47	098-887-1086	098-887-1087																			
49	豆の木クリニック	糸満市字翔平64-1	098-995-3030	098-995-3131	○																		
50	小湊病院	那覇市小禄47-1	098-857-1805	098-857-0947	○	○																	
51	友香クリニック	那覇市泉崎 2丁目06	098-855-0852	098-855-0852																			
52	みやぎ内科	豊見城市翁長669	098-988-6100	098-988-6101	○																		
53	前田胃腸科医院	那覇市三原2-15-12	098-832-4889	098-832-4889																			
54	与那原中央病院	島尻郡与那原町字与那原2905	098-882-8116	098-882-8136	○	○																	
55	高里内科胃腸科	那覇市寄宮1-9-24	098-853-9058	098-853-9058	○																		
56	南城つばこクリニック	南城市佐敷津波古433	098-947-3722	098-947-4570	○																		
57	こくらハートクリニック	那覇市宇国場169-20	098-855-8810	098-855-8811	○	○																	
58	首里城下町クリニック	那覇市松川3-18-30	098-885-5000	098-885-5007	○																		
59	かつれん内科クリニック	那覇市銘苅3-9-18	098-860-8615	098-860-9273	○																		
60	兼島医院	糸満市字糸満1505-2	098-992-4850	098-995-1139																			
61	西崎病院	糸満市盛波371-1	098-992-0055	098-992-0052																			
62	ヒルスカ―デントクリニック	那覇市松川2番地1	098-885-0333	098-885-0323																			
63	南部徳洲会病院	島尻郡八重瀬町字外間 171-1	098-998-7803	098-998-7814	○	○																	
64	平田胃腸科・内科	那覇市銘苅3-22-33-1F	098-869-7272	098-869-7278																			
65	沖繩赤十字病院	那覇市与儀-3-1	098-853-3134	098-836-5683	○																		
66	Dr.久高のスイズ家クリニック	浦添市経塚333 マチカルク プラザ 2F	098-988-4141	098-988-4142																			
67	(医) 太陽会 かひま内科医 院	浦添市内間4丁目23番21号	098-878-5128	098-870-1767	○	○																	
68	新川クリニック	那覇市壺屋1丁目2番16号	098-863-1511	098-863-1493																			
69	いちはらクリニック	那覇市田原1-9-2	098-859-5566	098-852-1570	○																		
70	沖繩協同病院	那覇市古波蔵4-10-55	098-853-1200	098-853-1212																			
71	上よなばるクリニック	与那原町字上与那原464番地	098-917-1078	098-917-1076	○																		
72	池村クリニック	浦添市伊祖3-13-8	098-879-5762	098-879-8443																			
73	沖繩第一病院	島尻郡南風原町字兼城642番地の1	098-888-1151	098-889-0776	○	○																	
74	医療法人 島袋内科・胃腸科	那覇市首里鳥堀町4-7	098-886-7085	098-886-7085																			
75	大浜第一病院	那覇市字天久1000番地	098-866-5171	098-869-4720	○	○																	
76	伊集内科医院	那覇市久米2-10-15	098-864-1188	098-864-1247																			
77	仲本病院	那覇市古島1-22-1	098-885-3333	098-885-3338	○																		
78	ひかハートクリニック	浦添市牧港2-23-2	098-875-4810	098-875-4811	○		○																
79	仲本内科	那覇市銘苅3-15-3	098-860-1835	098-860-1869	○																		



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、対応してほしい原稿
- 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>年 月 日</p> <p>緊急の対応性について(1 2 3 4)</p>	<p>年 月 日</p>
<p>年 月 日</p> <p>緊急の対応性について(1 2 3 4)</p>	<p>年 月 日</p>
<p>年 月 日</p> <p>緊急の対応性について(1 2 3 4)</p>	<p>年 月 日</p>