



東京都医療連携手帳運用手順書 かかりつけ医用

東京都では、地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」を運用しています。「東京都医療連携手帳」（以下、手帳）は、手術・治療を施行した専門病院（治療病院）とかかりつけ医が役割を分担して、相互に連携しながら専門的な医療と総合的な診療を患者さんに提供することによって、切れ目のない治療を行うためのものです。



1 手帳の確認・記入

- ① P3 の赤枠内「かかりつけ医」の項目について、記載（スタンプ可）をお願いいたします。
 - ② P5～P8 には治療病院での診療内容や今後の予定が記載されていますので、ご確認ください。
 - ③ P9 以降の「診療記録」について、赤枠内の記入をお願いいたします。要点のみで結構です。
 - ④ 書き切れない場合や特別な伝達事項がある場合には P19 以降の「通信欄」をご利用下さい。

※P9以降の「診療記録」及びP19以降の「通信欄」は、お互いの診療状況を把握するため、治療病院とかかりつけ医の両方がそれぞれ記入します。

P3																																
<p>患者さんは、42ページ「この選択手帳の使い方について」をご参照のうえ、各項目をご記入ください。</p>																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">氏名前</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">生年月日（西暦） 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">性別 男 女 体 重 kg</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">治療期間</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">T E L</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">I D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">主訴</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">受診日 20 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">かかりつけ医(1)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">T E L</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">I D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">主訴説明</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">かかりつけ医(2)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">T E L</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">I D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">主訴説明</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）</td> </tr> </table>		氏名前	生年月日（西暦） 年 月 日	性別 男 女 体 重 kg	治療期間		T E L		I D		主訴		受診日 20 年 月 日		かかりつけ医(1)		T E L		I D		主訴説明		かかりつけ医(2)		T E L		I D		主訴説明		内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）	
氏名前																																
生年月日（西暦） 年 月 日																																
性別 男 女 体 重 kg																																
治療期間																																
T E L																																
I D																																
主訴																																
受診日 20 年 月 日																																
かかりつけ医(1)																																
T E L																																
I D																																
主訴説明																																
かかりつけ医(2)																																
T E L																																
I D																																
主訴説明																																
内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）																																

P5																																												
<h3>手術</h3> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">初診現状</th> <th style="width: 15%;">術式</th> <th style="width: 15%;">手術日</th> <th colspan="3" style="width: 50%;"></th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 画像検査結果 <input type="checkbox"/> 薬歴 <input type="checkbox"/> その他 </td> <td> <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 切開 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 他の <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル </td> <td> <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 上半身 <input type="checkbox"/> 下半身 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 20 年 <input type="checkbox"/> 月 日 </td> <td colspan="3" style="text-align: right; vertical-align: bottom;"> その他の記入事項(返信欄) 聞き口の際の情報: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし クレアテニン値 mg/dl (化粧法が全般な場合記入してください) </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 10px;"> このページは治療病院で記載します。 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>【あなたとの今後の治療方針】</small> </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>ステージ①</small> <input type="checkbox"/> 大腸の炎症部位をお読み下さい。 <small>ステージ②</small> 平滑 <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織をお読み下さい。 <small>ステージ③</small> 進行 <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織を避け下さい。 <small>ステージ④</small> Ⅱa <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織を避け下さい。 <small>その他</small> <input type="checkbox"/> 大腸の手術は正常組織です。 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>その他</small> <input type="checkbox"/> お読み下さい。 </td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> <small>◎ 定期検査について</small> <input type="checkbox"/> 1ヶ月ごとの検査を受けます。 <small>◎ 再発防止</small> <input type="checkbox"/> お読み下さい。がんの再発について、あさりなどに興味 ありますので、かかりつけ医へ治療終了説明と相談して下さい。 </td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>			初診現状	術式	手術日				<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 画像検査結果 <input type="checkbox"/> 薬歴 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 切開 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 他の <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル	<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 上半身 <input type="checkbox"/> 下半身 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 20 年 <input type="checkbox"/> 月 日	その他の記入事項(返信欄) 聞き口の際の情報: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし クレアテニン値 mg/dl (化粧法が全般な場合記入してください)			このページは治療病院で記載します。						<small>【あなたとの今後の治療方針】</small>						<small>ステージ①</small> <input type="checkbox"/> 大腸の炎症部位をお読み下さい。 <small>ステージ②</small> 平滑 <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織をお読み下さい。 <small>ステージ③</small> 進行 <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織を避け下さい。 <small>ステージ④</small> Ⅱa <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織を避け下さい。 <small>その他</small> <input type="checkbox"/> 大腸の手術は正常組織です。						<small>その他</small> <input type="checkbox"/> お読み下さい。						<small>◎ 定期検査について</small> <input type="checkbox"/> 1ヶ月ごとの検査を受けます。 <small>◎ 再発防止</small> <input type="checkbox"/> お読み下さい。がんの再発について、あさりなどに興味 ありますので、かかりつけ医へ治療終了説明と相談して下さい。					
初診現状	術式	手術日																																										
<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 診療記録 <input type="checkbox"/> 画像検査結果 <input type="checkbox"/> 薬歴 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 開腹 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 切開 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 他の <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル <input type="checkbox"/> ハンドル	<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 上半身 <input type="checkbox"/> 下半身 <input type="checkbox"/> 二重 <input type="checkbox"/> 20 年 <input type="checkbox"/> 月 日	その他の記入事項(返信欄) 聞き口の際の情報: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし クレアテニン値 mg/dl (化粧法が全般な場合記入してください)																																									
このページは治療病院で記載します。																																												
<small>【あなたとの今後の治療方針】</small>																																												
<small>ステージ①</small> <input type="checkbox"/> 大腸の炎症部位をお読み下さい。 <small>ステージ②</small> 平滑 <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織をお読み下さい。 <small>ステージ③</small> 進行 <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織を避け下さい。 <small>ステージ④</small> Ⅱa <input type="checkbox"/> 大腸の人の正常組織を避け下さい。 <small>その他</small> <input type="checkbox"/> 大腸の手術は正常組織です。																																												
<small>その他</small> <input type="checkbox"/> お読み下さい。																																												
<small>◎ 定期検査について</small> <input type="checkbox"/> 1ヶ月ごとの検査を受けます。 <small>◎ 再発防止</small> <input type="checkbox"/> お読み下さい。がんの再発について、あさりなどに興味 ありますので、かかりつけ医へ治療終了説明と相談して下さい。																																												

P9		診療記録(1年目)		
		名前:		
		【お年齢】 □かわいい仔猫 □かわいい子犬または被毛が 【お年齢】 1歳未満です。		
手術日		退院後2週	3ヶ月	
20 / /	20 / /	20 / /		
受診者	●	○		
体重	kg	kg	kg	kg
症状記入欄 □咳痰・嘔吐 □食欲不振 □嘔吐・嘔気 □糞便異常 □排泄失禁 □尿失禁 □下痢 □むくみ □その他()				
既往歴記入欄 □風疹・麻疹 □狂犬病 □犬咬傷・食後不調 □耳鳴・聴覚不全 □腎炎・腎臓病 □骨髄炎・紅斑熱 □皮膚疾患 □下痢 □むくみ □その他()				
検査記入欄 □白血球 □CEA □CA19-9 □腹部超音波 □腹部CT □腰椎CT □大腸内視鏡検査				
選択肢 □咳痰・嘔吐 □食欲不振 □嘔吐・嘔気 □糞便異常 □排泄失禁 □尿失禁 □下痢 □むくみ □その他()				
選択肢 □風疹・麻疹 □狂犬病 □犬咬傷・食後不調 □耳鳴・聴覚不全 □腎炎・腎臓病 □骨髄炎・紅斑熱 □皮膚疾患 □下痢 □むくみ □その他()				
選択肢 □白血球 □CEA □CA19-9 □腹部超音波 □腹部CT □腰椎CT □大腸内視鏡検査				
選択肢 □咳痰・嘔吐 □食欲不振 □嘔吐・嘔気 □糞便異常 □排泄失禁 □尿失禁 □下痢 □むくみ □その他()				
選択肢 □風疹・麻疹 □狂犬病 □犬咬傷・食後不調 □耳鳴・聴覚不全 □腎炎・腎臓病 □骨髄炎・紅斑熱 □皮膚疾患 □下痢 □むくみ □その他()				
選択肢 □白血球 □CEA □CA19-9 □腹部超音波 □腹部CT □腰椎CT □大腸内視鏡検査				

2 がん治療連携指導料の算定の確認



*この項目は、治療病院が記載します。

手帳の裏表紙の算定欄をご確認ください。

「算定 有」の場合

関東信越厚生局へ医療連携の届出をしてある場合には、「**がん治療連携指導料（300 点）**」が算定（令和 2 年 4 月現在）できます。

「がん治療連携指導料」は、

- ① 予定表に記載してある月に診察をした場合に算定できます。
- ② 予定外であっても、患者さんの容態の変化により診察を行った場合には、月 1 回を限度として算定可能です。

いずれの場合も、患者さんの同意を得た上で、その時の診療情報を専門病院に文書で提供することが条件です。手帳の診療経過を記載したページのコピーを FAX または郵便でお送り下さい。

※別紙「計画策定病院連絡先一覧」をご参照ください。

「算定 無」の場合

がん治療連携指導料は算定できません。

治療病院・患者さんとの情報共有ツールとして手帳をご活用ください。

※診療報酬の算定要件については、厚生労働省告示等をご確認ください。