

東京都医療連携手帳



算定 有・無

※この項目は、治療病院が記載します。

東京都がん診療連携協議会・東京都医師会・東京都福祉保健局

2020年7月改訂



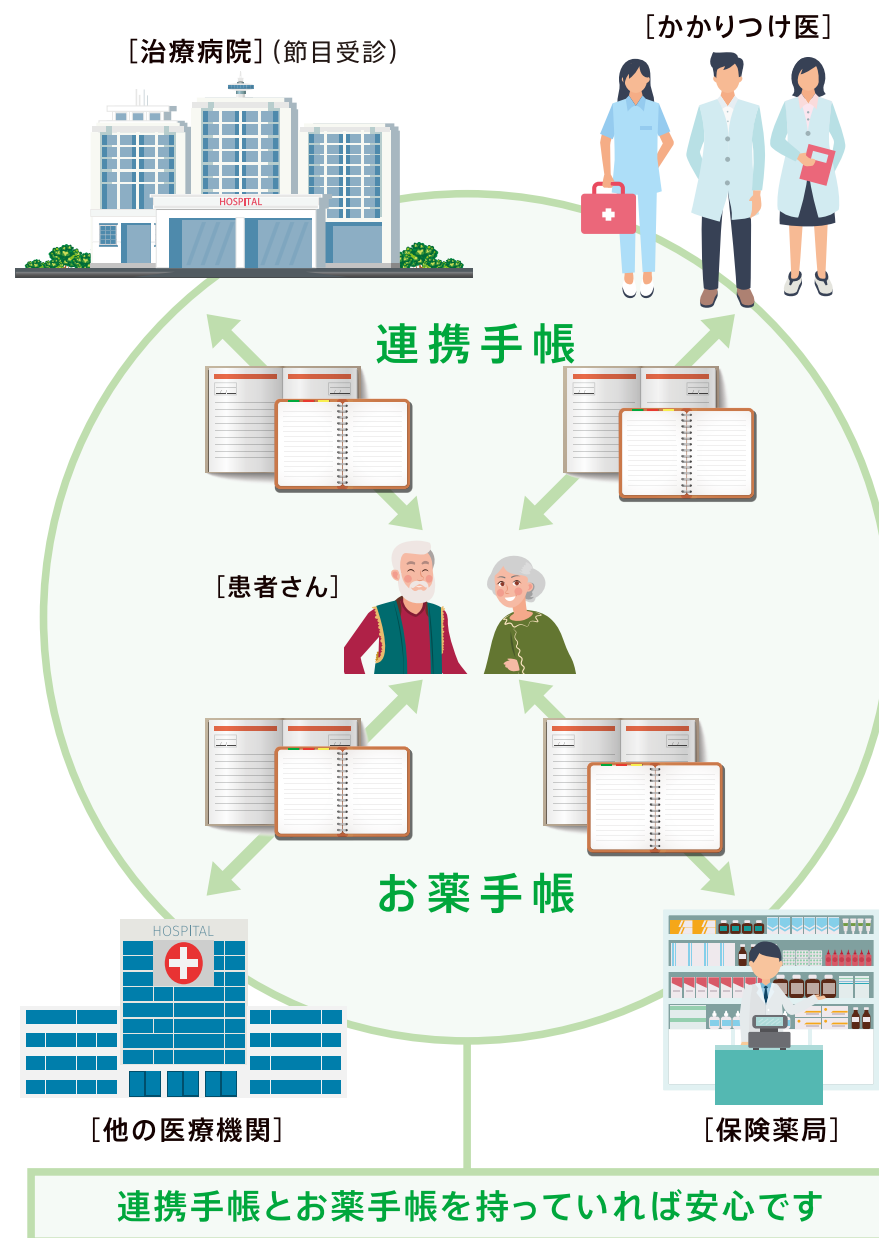
東京都医療連携手帳とは

この連携手帳は、手術・治療を施行した専門病院（以下、「治療病院」）とかかりつけ医が役割分担をして、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。

この連携手帳を使用することによって、患者さんは治療病院とかかりつけ医、それぞれの治療計画を知ることができ、安心して診療を受けることができます。



連携手帳を用いた診療の流れ



※この「東京都医療連携手帳」は、東京都がん診療連携協議会で作成しています。

連携手帳を用いた診療の流れ

- 病状が落ち着いているときの日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療病院へは節目に受診していただきます。何か心配なことがある時は、まずかかりつけ医にご相談ください。
- 他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒にこの連携手帳をお持ちください。
- この連携手帳の診療計画は、診察・検査を行う時期の目安ですので、病状に応じてかかりつけ医・治療病院主治医の判断に従うようにしてください。

患者さんは、38ページ「この連携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。

お 名 前			
生 年 月 日 (西 暦)	年	月	日
身 長	cm	体 重	kg
治 療 病 院			
T E L			
I D			
科 名			
主 治 医			
か かり つけ 医			
T E L			
I D			
主 治 医			
か かり つけ 薬 局			
T E L			

既往歴および現在治療中の肺がん以外の病気

--

アレルギー(食べ物・花粉など)

--

使用禁止薬剤

--

内服薬(お薬手帳がある時は記入不要)

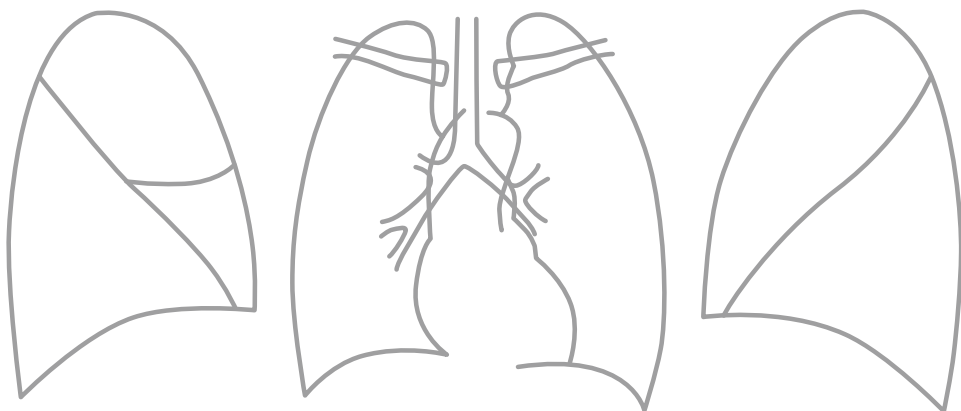
--



診断・治療

初回

胸部レントゲン写真上の局在・大きさなど



臨床病期 T N M:

ステージ:

病理病期 T N M:

ステージ:

※T、N、Mとステージについては、37ページをご参照ください。

病理組織所見・遺伝子情報など

手術療法

手術日	20	年	月	日
術式				

放射線療法

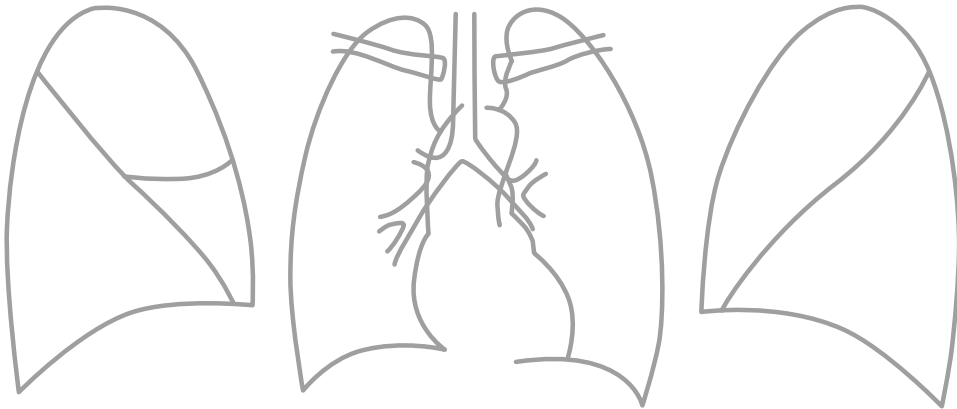
照射部位									
総線量・回数									
期間	20	年	月	日	～	20	年	月	日

腫瘍マーカー

<input type="checkbox"/> CEA	_____	ng/mL	<input type="checkbox"/> SCC	_____	ng/mL
<input type="checkbox"/> CYFRA	_____	ng/mL	<input type="checkbox"/> SLX	_____	U/mL
<input type="checkbox"/> NSE	_____	ng/mL	<input type="checkbox"/> proGRP	_____	pg/mL

2回目

胸部レントゲン写真上の局在・大きさなど



臨床病期 T N M:

ステージ:

病理病期 T N M:

ステージ:

※T、N、Mとステージについては、37ページをご参照ください。

病理組織所見・遺伝子情報など

手術療法

手術日	20	年	月	日
術式				

放射線療法

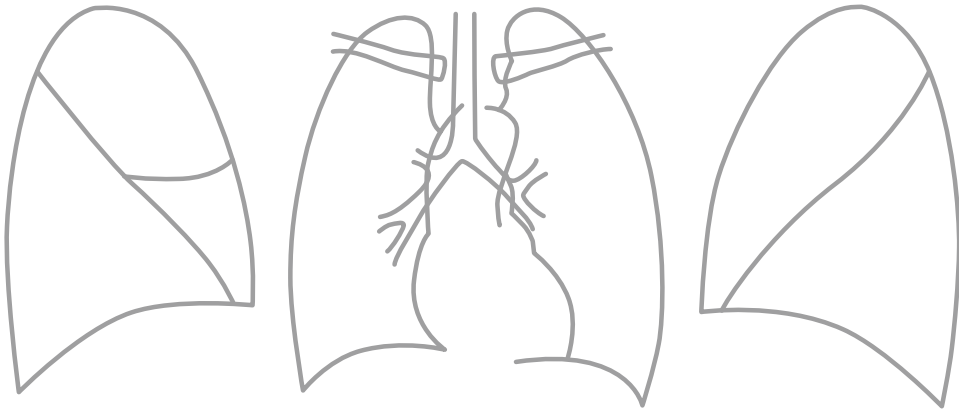
照射部位									
総線量・回数									
期間	20	年	月	日	~	20	年	月	日

腫瘍マーカー

<input type="checkbox"/> CEA	_____	ng/mL	<input type="checkbox"/> SCC	_____	ng/mL
<input type="checkbox"/> CYFRA	_____	ng/mL	<input type="checkbox"/> SLX	_____	U/mL
<input type="checkbox"/> NSE	_____	ng/mL	<input type="checkbox"/> proGRP	_____	pg/mL

3回目

胸部レントゲン写真上の局在・大きさなど



臨床病期 T N M:

ステージ:

病理病期 T N M:

ステージ:

※T、N、Mとステージについては、37ページをご参照ください。

病理組織所見・遺伝子情報など

手術療法

手術日	20	年	月	日
術式				

放射線療法

照射部位									
総線量・回数									
期間	20	年	月	日	~	20	年	月	日

腫瘍マーカー

<input type="checkbox"/> CEA _____ ng/mL	<input type="checkbox"/> SCC _____ ng/mL
<input type="checkbox"/> CYFRA _____ ng/mL	<input type="checkbox"/> SLX _____ U/mL
<input type="checkbox"/> NSE _____ ng/mL	<input type="checkbox"/> proGRP _____ pg/mL

診察・検査予定表

(手術後の診療計画を基準としてありますが、その他の治療を行った場合は必要に応じて訂正してご使用ください。)

診療内容		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年	1年
							3ヶ月	6ヶ月	
		/	/	/	/	/	/	/	/
問診	痛み、発熱、咳の有無、その他の症状を確認します	●	○	●	●	○	●	○	●
触聴診	呼吸音の確認、リンパ節腫大の有無を確認します	●	○	●	●	○	●	○	●
検査	血液検査 (肝、腎機能、腫瘍マーカーをみます)	(●)		(●)	(●)		●		(●)
	胸部レントゲン (肺に異常が無いかをみます)	(●)	(○)	(●)	●	(○)	●	(○)	(●)
	胸部CT (肺、縦隔転移の有無をみます)								
	腹部CT (腹腔内転移の有無をみます)								
	脳MRIまたはCT (脳転移の有無をみます)								
その他の検査 ()									

名前: _____

- は治療病院で行います
- はかかりつけ医で行います
- ()・□は必要に応じて行います

治療病院ID: _____

1年	2年	2年	2年	2年	3年	3年	3年	3年	4年	4年	4年	4年	5年
9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
	●		(●)		●		(●)		(●)		(●)		(●)
(○)	●	(○)	(●)	(○)	●	(○)	(●)	(○)	●	(○)	(●)	(○)	●

診療記録 (1年目)

名 前： _____

- は治療病院で行います
- はかかりつけ医で行います
- ()・■は必要に応じて行います

治療病院ID： _____

手術日		1ヶ月	2ヶ月
20 / /		20 / /	20 / /
受診機関		●	処方があるとき受診○
体重		kg	kg
下記の症状がある場合はチェックを入れてください			
痛み		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳・血痰		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の症状			
投薬		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
触聴診	呼吸音	●	○
	リンパ節の腫大	●	○
血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)		(●)	
胸部エックス線		(●)	(○)
胸部CT		■	■
腹CT・脳MRI/CT 骨シンチ・PETなど		■	■
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入			

患者さん記入欄

医療機関記入欄

3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月
20 / /	20 / /	20 / /
●	●	○
kg	kg	kg
<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"/>
●	●	○
●	●	○
(●)	(●)	
(●)	●	(○)
■	■	■
■	■	■

※書ききれない場合は通信欄へ



診療記録 (1~2年目)

名前： _____

治療病院ID： _____

- は治療病院で行います
- はかかりつけ医で行います
- ()・■は必要に応じて行います

手術日		1年	1年3ヶ月
20 / /		20 / /	20 / /
受診機関		●	○
体重		kg	kg
下記の症状がある場合はチェックを入れてください			
痛み		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳・血痰		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の症状			
投薬		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
触聴診	呼吸音	●	○
	リンパ節の腫大	●	○
血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)		●	
胸部エックス線		●	(○)
胸部CT		■	■
腹CT・脳MRI/CT 骨シンチ・PETなど		■	■
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入			

患者さん記入欄

医療機関記入欄

1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年
20 / /	20 / /	20 / /
●	○	●
kg	kg	kg
<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"/>
●	○	●
●	○	●
(●)		●
(●)	(○)	●
■	■	■
■	■	■

※書ききれない場合は通信欄へ

診療記録 (3年目)

名前： _____

治療病院ID： _____

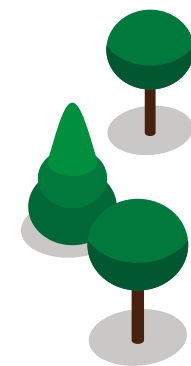
- は治療病院で行います
- はかかりつけ医で行います
- ()・■は必要に応じて行います

手術日		2年3ヶ月	2年6ヶ月
20 / /		20 / /	20 / /
受診機関		○	●
体重		_____ kg	_____ kg
下記の症状がある場合はチェックを入れてください			
痛み		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳・血痰		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の症状		_____	_____
投薬		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
触聴診	呼吸音	○	●
	リンパ節の腫大	○	●
血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)		_____	(●)
胸部エックス線		(○)	(●)
胸部CT		■	■
腹CT・脳MRI/CT 骨シンチ・PETなど		■	■
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入		_____	_____

2年9ヶ月	3年
20 / /	20 / /
○	●
_____ kg	_____ kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____
○	●
○	●
_____	●
(○)	●
■	■
■	■
_____	_____

患者さん記入欄

医療機関記入欄



※書ききれない場合は通信欄へ

診療記録 (4年目)

名前： _____

治療病院ID： _____

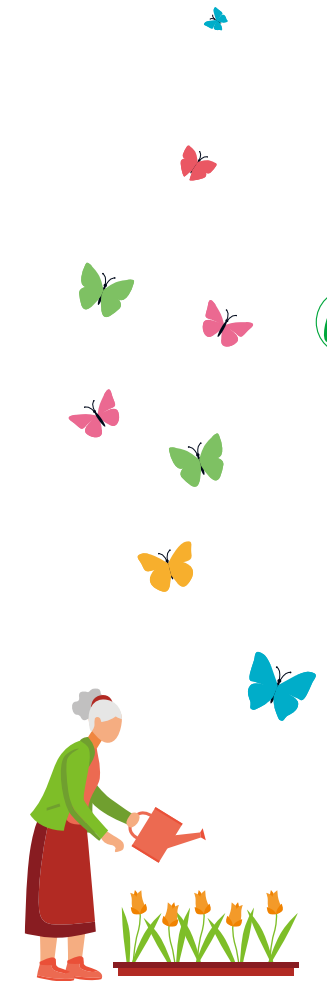
- は治療病院で行います
- はかかりつけ医で行います
- ()・■は必要に応じて行います

手術日		3年3ヶ月	3年6ヶ月
20 / /		20 / /	20 / /
受診機関		○	●
体重		kg	kg
下記の症状がある場合はチェックを入れてください			
痛み		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳・血痰		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の症状			
投薬		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
触聴診	呼吸音	○	●
	リンパ節の腫大	○	●
血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)			(●)
胸部エックス線		(○)	(●)
胸部CT		■	■
腹CT・脳MRI/CT 骨シンチ・PETなど		■	■
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入			

患者さん記入欄

医療機関記入欄

3年9ヶ月	4年
20 / /	20 / /
○	●
kg	kg
<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"/>
○	●
○	●
	(●)
(○)	●
■	■
■	■



※書ききれない場合は通信欄へ

診療記録 (5年目)

名 前： _____

治療病院ID： _____

- は治療病院で行います
- はかかりつけ医で行います
- ()・■は必要に応じて行います

手術日		4年3ヶ月	4年6ヶ月
20 / /		20 / /	20 / /
受診機関		○	●
体 重		_____ kg	_____ kg
下記の症状がある場合はチェックを入れてください			
痛 み		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳・血痰		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の症状		_____	_____
投薬		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
触聴診	呼吸音	○	●
	リンパ節の腫大	○	●
血液検査(肝、腎機能、腫瘍マーカー)		_____	(●)
胸部エックス線		(○)	(●)
胸部CT		■	■
腹CT・脳MRI/CT 骨シンチ・PETなど		■	■
説明・指導 (診察・検査所見等) 保険薬局との連携の為適宜 Cr値を記入		_____	_____

患者さん記入欄

医療機関記入欄

※書ききれない場合は通信欄へ

4年9ヶ月	5年
20 / /	20 / /
○	●
_____ kg	_____ kg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○	●
○	●
_____	(●)
(○)	●
■	■
■	■
_____	_____



TNM分類 (UICC 第8版)

Tis	上皮内癌
T1	腫瘍の最大径が3cm以下で、健常肺組織、または臓側胸膜に囲まれているもの。気管支鏡的に癌浸潤が葉気管支より中枢に及ばないもの(すなわち、主気管支に及んでいない)
	T1mi 微小浸潤性腺癌
	T1a 最大径が1cm以下の腫瘍
	T1b 最大径が1cmをこえるが2cm以下の腫瘍
T2	T1c 最大径が2cmをこえるが3cm以下の腫瘍
	3cmをこえるが5cm以下の腫瘍、または以下のいずれかの特徴をもつ腫瘍 ●気管分岐部への距離に関係なく主気管支に及ぶが、気管分岐部には及ばない ●臓側胸膜に浸潤する ●肺門に及ぶ無気肺、または閉塞性肺炎があり、片肺の一部もしくは全肺に及ぶ
	T2a 最大径が3cmをこえるが4cm以下の腫瘍
T2b 最大径が4cmをこえるが5cm以下の腫瘍	
T3	最大径が5cmをこえるが7cm以下の腫瘍、または壁側胸膜、胸壁 (superior sulcus tumorを含む)、横隔神経、壁側心膜のいずれかに直接浸潤する腫瘍、または原発と同一肺葉に不連続の副腫瘍結節のあるもの
T4	7cmをこえる腫瘍、または大きさと無関係に横隔膜、縦隔、心臓、大血管、気管、反回神経、食道、椎体、気管分岐部に浸潤する腫瘍、原発と同側別肺葉に不連続の副腫瘍結節のあるもの
N0	リンパ節転移なし
N1	同側気管支周囲、および/または同側肺門、肺内リンパ節の転移で、原発腫瘍の直接浸潤を含む
N2	同側縦隔リンパ節転移、および/または気管分岐下リンパ節への転移
N3	対側縦隔、対側肺門、同側または対側の前斜角筋、鎖骨上窩リンパ節への転移
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり
	M1a 対側肺葉の副腫瘍結節; 胸膜または心膜の結節、悪性胸水、悪性心嚢水を伴う腫瘍
	M1b 1臓器への単発胸郭外転移
	M1c 1臓器または多臓器への多発胸郭外転移

病期分類 (UICC 第8版)

ステージ	T因子	N因子	M因子
0期	Tis	N0	M0
IA1期	T1mi、T1a	N0	M0
IA2期	T1b	N0	M0
IA3期	T1c	N0	M0
IB期	T2a	N0	M0
IIA期	T2b	N0	M0
IIB期	T1a-c、T2a,b	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA期	T1a-c、T2a,b	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0、N1	M0
IIIB期	T1a-c、T2a,b	N3	M0
	T3、T4	N2	M0
IIIC期	T3、T4	N3	M0
IV期	Tに関係なく	Nに関係なく	M1
IVA期	Tに関係なく	Nに関係なく	M1a、M1b
IVB期	Tに関係なく	Nに関係なく	M1c

この連携手帳の使い方について

患者さんへ

- 連携手帳を受け取ったら、3～4ページの各項目をご記入ください。
- 受診の前に、15ページ以降の「患者さん記入欄」をご記入ください。
- 医療機関を受診される際は、必ずこの連携手帳をお持ちください。
- 31ページ以降の自由記載欄は、ご自由にご記入ください。
- 連携手帳に関するお問い合わせは、治療病院へご連絡ください。

治療病院の主治医へ

- 患者さんにお渡しする前に、5～14ページをご記入ください。

かかりつけ医および治療病院の主治医へ

- 15ページ以降の「医療機関記入欄」をご記入ください。簡単な記載で結構です。
- お互いに伝達が必要な場合は、25ページ以降の通信欄にご記入ください。

