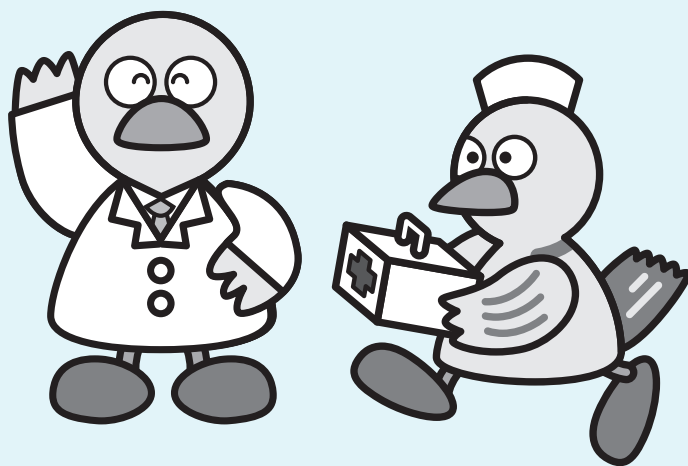


埼玉県医療連携手帳

(膀胱がん)



お名前 _____

生年月日 明・大
昭・平 ____年 ____月 ____日

連携手帳とは

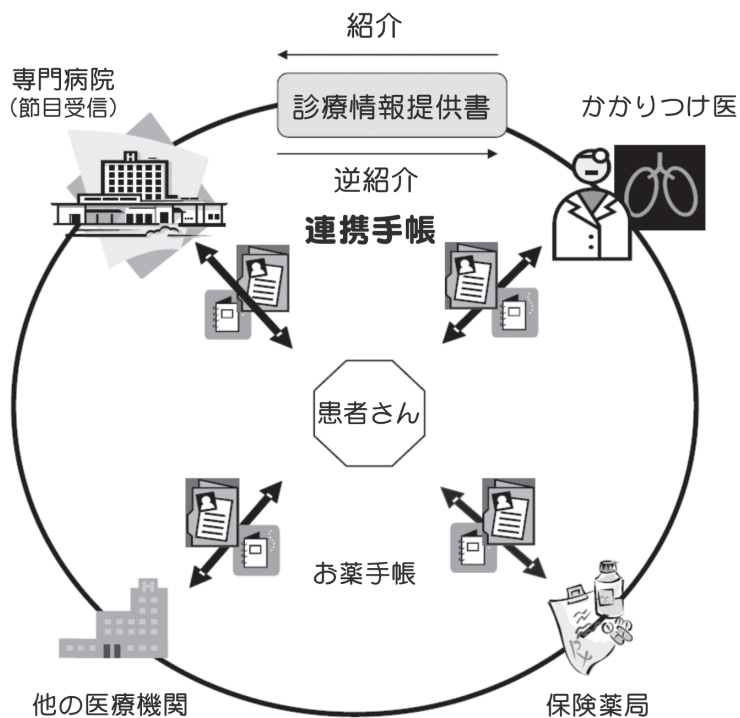
この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

内容は、①共同診療に必要な診療情報、②5年間の診療予定表、③5年分の診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。

この連携手帳を使用することで、患者さんは今後の診療予定を知ることが出来ますし、診療情報が共有されますので安心してこれまで通りかかりつけ医の診療を受けることが出来ます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院までご連絡ください。

連携手帳を用いた診療の流れ



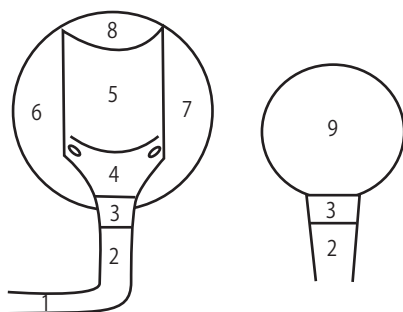
名前	
生年月日	明・大・昭・平_____年_____月_____日
身長_____cm	体重：術前_____kg 退院時_____kg
手術病院	
T E L	
I D	
担当医	
手術日	① 2 0 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ② 2 0 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ③ 2 0 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ④ 2 0 _____ 年 _____ 月 _____ 日
かかりつけ医療機関（1）：	
医師名：	
TEL：（ ）	
かかりつけ医療機関（2）：	
医師名：	
TEL：（ ）	
かかりつけ薬局	
TEL：（ ）	

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー（薬・食べ物等）

内服薬（お薬手帳があるときは記入不要）

手術記録 手術日：20____年____月____日



- ・腫瘍1 pTa Grade 1, 2, 3
- ・腫瘍2 pTa Grade 1, 2, 3
- ・腫瘍3 pTa Grade 1, 2, 3
- ・腫瘍4 pTa Grade 1, 2, 3

術前尿細胞診 I, II, IIIa, IIIb, IV, V

[illegible]

連携診療計画書 (pTa 膀胱がん)

術後経過年月	1 年				2 年			
	3 月	6 月	9 月	12 月	3 月	6 月	9 月	12 月
問診・診察	○	○	○	●	○	○	○	●
検尿	○	○	○	●	○	○	○	●
尿細胞診	○	○	○	●	○	○	○	●
膀胱鏡	○	○	○	●	○	○	○	●
腹部エコー		(○)		●		(○)		●

術後経過年月	3 年		4 年		5 年	
	6 月	12 月	6 月	12 月	6 月	12 月
問診・診察	○	●	○	●	○	●
検尿	○	●	○	●	○	●
尿細胞診	○	●	○	●	○	●
膀胱鏡	○	●	○	●	○	●
腹部エコー	(○)	●	(○)	●	(○)	●

●の節目検診は手術を受けた病院で行います

通信欄

術後 3 カ 月

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

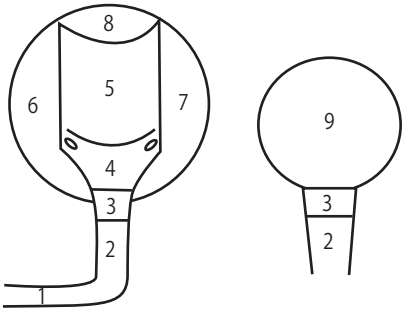
- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください



<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発： 有 無



・ コメント

通信欄

術後 6 カ 月

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

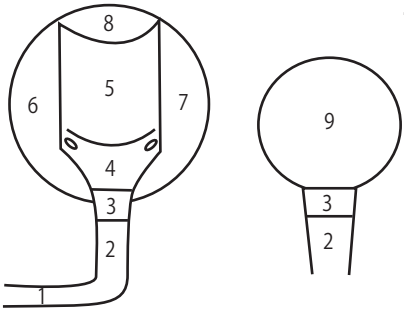
- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください



<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発： 有 無



・ コメント

通信欄

術後 9 カ 月

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

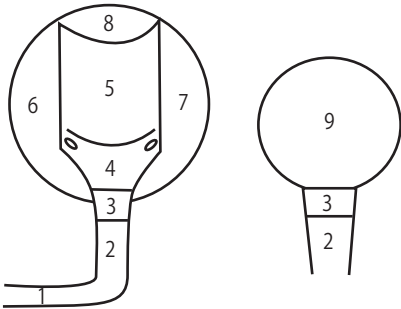
- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください



<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 1 年

<患者さん記入欄>

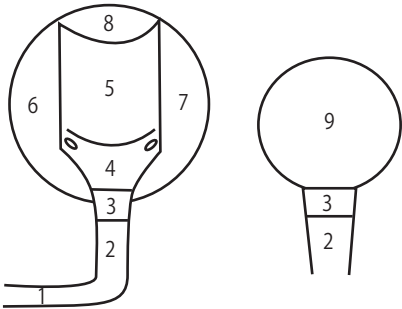
受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発： 有 無



・ コメント

通信欄

術後 1 年 3 カ 月

<患者さん記入欄>

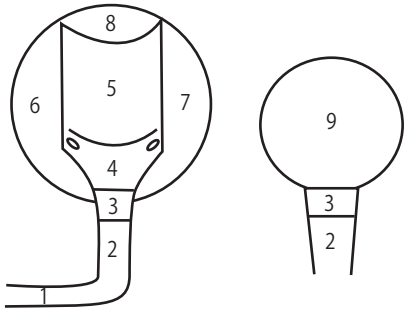
受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発： 有 無



・ コメント

通信欄

術後 1 年 6 カ 月

<患者さん記入欄>

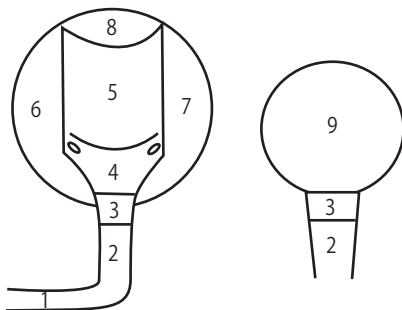
受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
- ・ ☐ 膀胱鏡
再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 1 年 9 カ 月

<患者さん記入欄>

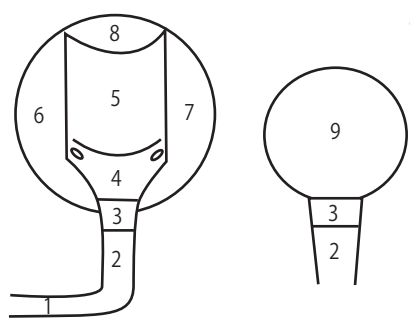
受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 2 年

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

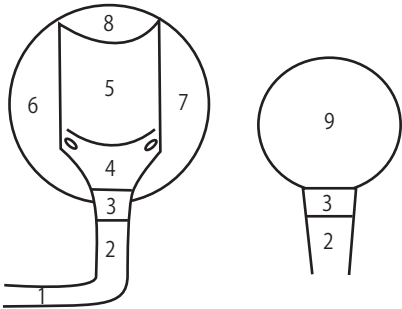
- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください



<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 2 年 6 カ 月

<患者さん記入欄>

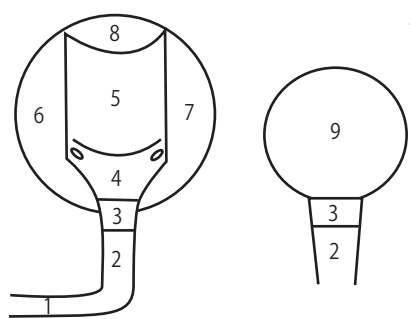
受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
- ・ ☐ 膀胱鏡
再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 3 年

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

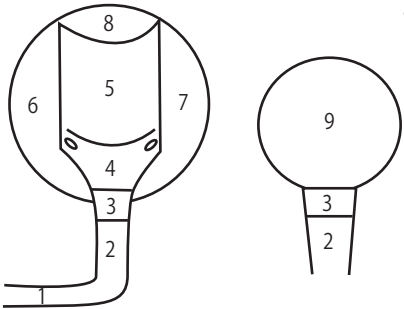
- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

.....

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
- ・ ☐ 膀胱鏡
再発： 有 無



・ コメント

通信欄

術後 3 年 6 カ 月

<患者さん記入欄>

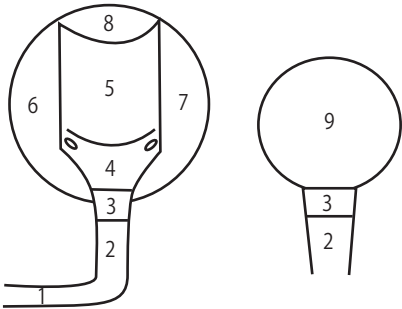
受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 4 年

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

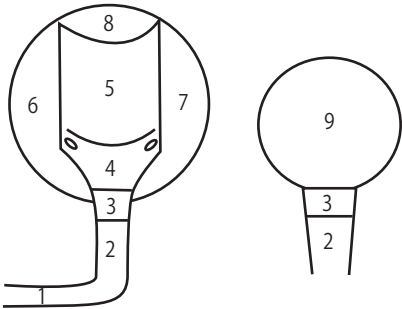
- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください



<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 4 年 6 カ 月

<患者さん記入欄>

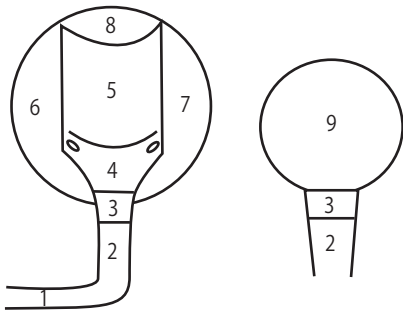
受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
- ・ ☐ 膀胱鏡
再発：有 無



・ コメント

通信欄

術後 5 年

<患者さん記入欄>

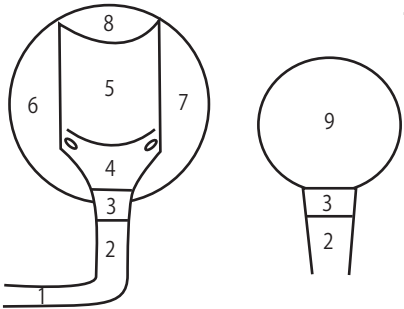
受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ・ 体重 _____ kg
- ・ 最近 1 週間の 1 日排尿回数 _____ 回 ~ _____ 回
- ・ 血尿の有無：（有・無）
- ・ 有の場合→頻度： _____ 回／月
- ・ 排尿痛の有無：（有・無）
- ・ その他、気になる症状がありましたらご記入ください

<医療機関記入欄>

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院・医院

- ・ ☐ 尿細胞診 Class I, II, IIIa, IIIb, IV, V
 - ・ ☐ 膀胱鏡
- 再発： 有 無



・ コメント

膀胱がんの手術を受けた方へ

膀胱がんは早期の段階であれば内視鏡手術で治療が可能です。しかし再発率がとても高く、定期的な検査を行って再発の有無を確認することが大変重要です。多くの場合、再発しても症状が出ません。ですから、何も症状が無く、調子良いと感じても、必ず定期的に診察・検査を受けるようにしましょう。

入院治療が必要となった場合や、再発が疑われる場合は、かかりつけ医の指示で、手術された病院を受診していただくことになります。検査の詳しい日程などはかかりつけ医にご相談ください。体調などでお困りのときにも、まずはかかりつけ医にご相談ください。

—— この手帳の使い方について ——

- 1) 患者さんは手帳を受け取ったら、3 ページのお名前、かかりつけ医、かかりつけ薬局及び4 ページの各項目の記入をお願いします。
- 2) 患者さんは、受診の前に8 ページ以降の通信欄の上半分に受診日、体重、症状などを記入して下さい。
- 3) 手術病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に5 ページ、6 ページの記載をお願いします。
- 4) かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、通信欄の下半分に検査結果、診察所見などを記入して下さい。
 - a) 簡単な記載で結構です。(問題あり・なし程度)
 - b) 問題があり、書き切れない場合や、かかりつけ医 / 専門病院で伝達が必要な場合は、診療情報提供書の発行をお願いします。
 - c) 再発が疑われた時は、手術病院を至急受診してください。

埼玉県医師会
埼玉県がん診療連携協議会

ご意見がございましたら下記にお寄せください。

(事務局) 埼玉県立がんセンター

TEL 048-722-1111

FAX 048-722-1129