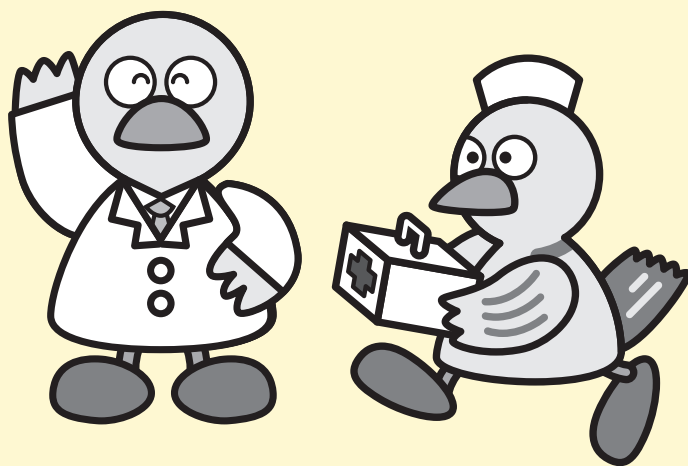


埼玉県医療連携手帳 (腎がん)



お名前 _____

生年月日 明・大 昭・平 _____年 _____月 _____日

連携手帳とは

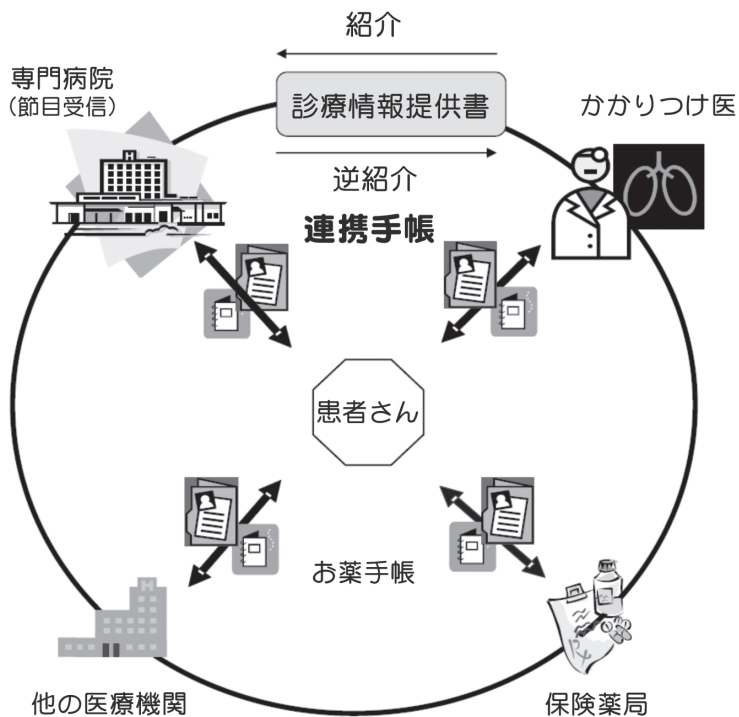
この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

内容は、①共同診療に必要な診療情報、②10年間の診療予定表、③10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



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前	
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	_____年____月____日 _____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
腫瘍側： 右, 左 T stage： pT1a, pT1b, pT2 組織型：clear cell, papillary, chromophobe その他（ ）
術 式： ☐ 根治腎摘除(経腹、経腰、鏡視下) ☐ 腎部分切除(経腹、経腰、鏡視下)
術前eGFR _____ml/min/1.73m ²

[illegible]

連携診療計画書（pT1～2腎がん）

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	○	○	○	●	○	○	○	●
血液検査	○	○	○	●	○	○	○	●
胸腹骨盤ＣＴ		○		●		○		●

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	○	●	○	●	○	●
血液検査	○	●	○	●	○	●
胸腹骨盤ＣＴ		●		●		●

術後経過年月	6 年	7 年	8 年	9 年	10 年
問診・診察	○	○	○	○	●
検尿	○	○	○	○	●
血液検査	○	○	○	○	●
胸腹骨盤ＣＴ	(○)	(○)	(○)	(○)	●

●の節目検診は手術を受けた病院で行います

通信欄（3ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ コメント

通信欄（6ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（9ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ コメント

通信欄（1年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（1年3ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ コメント

通信欄（1年6ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（1年9ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ コメント

通信欄（2年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（2年6ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ コメント

通信欄（3年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり ()

・ コメント

通信欄（3年6ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ コメント

通信欄（４年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（４年６ヵ月）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり ()

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ コメント

通信欄（5年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（6年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（7年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（８年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（9年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

通信欄（１０年）

<患者さん記入欄>

受診予定日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

・ 体重 _____ kg

・ 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

・ ☐ 検尿 * 異常なし * 異常あり (_____)

・ ☐ 血清クレアチニン mg/dl

・ ☐ CT 検査 * 再発なし * 再発あり (_____)

・ コメント

腎がんについて

腎がんは早期の段階で手術すれば、再発することはあまりありません。しかし手術後長期間経ってから再発する場合があるため少し長めの経過観察が必要です。一般的ながんでは5年をが目安ですが、腎がんの場合は10年程度は経過を見た方が安心と思われます。

腎がん、特に腎臓を全部摘出する手術を受けた方は、腎臓の働きについても注意が必要です。腎臓に負担をかけないように水分を十分とるように努めてください。また味の濃いもの、塩辛いもの取りすぎないように注意しましょう。血圧の高い方はかかりつけの医師と相談して血圧を正常に保つことが腎臓を長持ちさせる秘訣です。

腎がんは再発してもほとんどの場合すぐには症状が出ません。ですからご自分では調子が良いと思っても必ず定期的に検査を受けるようにしましょう。また他の病気を見逃さないために、健康診断や人間ドックなどを積極的に活用してください。

—— 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 ページ以降の診療記録の上半分に受診日、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、診療記録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、各診療記録の次のページの通信欄に日付とその内容を記載するか、診療情報提供書の発行をお願いします。

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