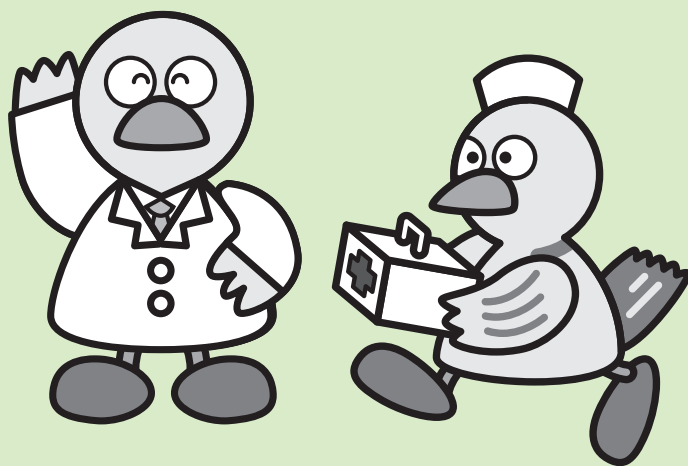


埼玉県医療連携手帳

(前立腺がん放射線治療後大腸検診)



お 名 前 _____

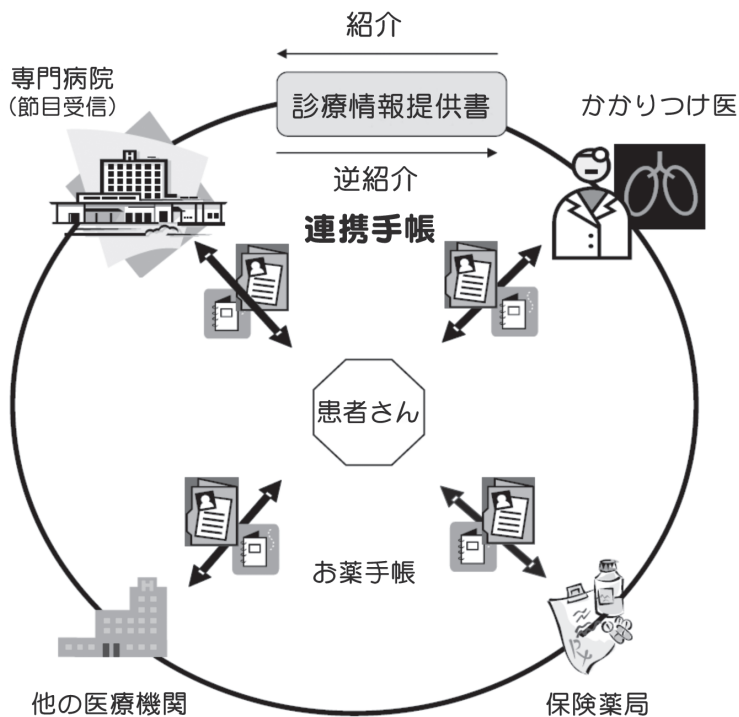
生 年 月 日 明・大
昭・平 年 月 日

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製されました。

前立腺がんで放射線治療を受けられた方は、1) 大腸がんにかかる危険性が少し増えること、2) 放射線の影響で血便が続く場合があること、などから定期的に大腸内視鏡検査を受ける必要があります。しかしながら放射線治療を行った病院で全ての患者さんの大腸内視鏡検査を行うのは困難です。この手帳を使って、地域の医療機関と連携し、前立腺がん放射線治療後の大腸検査を行うことでよりきめ細かい対応が可能になります。

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

名前
生年月日 明・大・昭・平____年____月____日（ 歳）
身長_____cm 体重：_____kg
放射線治療を行った病院
T E L
I D
担当医
放射線治療日 20____年____月____日 ～20____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：（ ）

これまでかかった病気、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）

放射線治療法： ☐ 3D-CRT ☐ IMRT 照射線量 G y

治療期間： 年 月 日から 年 月 日

報告事項

糖尿病	☐ あり	☐ なし
虚血性 心疾患	☐ あり	☐ なし
不整脈	☐ あり	☐ なし
高眼圧 緑内障	☐ あり	☐ なし
ブスコパン 使用	☐ 可能	☐ 不可能
感染症	ワ氏 + - HBV抗原 + - HCV抗体 + - (採血日 年 月 日)	

治療後 1 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 2 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 3 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 4 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 5 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 6 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 7 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 8 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 9 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

治療後 10 年

患者さん記入欄

受診日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

受診医療機関 _____ 医院 _____ 病院

血便 ☐あり ☐なし

下痢 ☐あり ☐なし

その他気になる症状

医師記入欄

大腸内視鏡検査施行日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

検査結果 ☐異常なし

☐放射線性直腸炎

☐大腸ポリープ

☐大腸がん

医師のコメント欄

——— この手帳の使い方について ———

- 1) 連携元病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に5ページの連絡事項を記入してください。
- 2) 患者さんは初めて手帳を受け取ったら、3ページ、4ページにご記入ください。
- 3) 8ページ以降の記入は患者さんと医師が共同で行います。
医療機関を受診されるときはこの「手帳」の携帯をお願いします（お薬手帳があればそれもお持ち下さい）。
医師は診察結果のチェックとサイン、必要に応じてコメントの記入や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

（連携室）

FAX 048-723-6081