

神奈川県医療連携手帳

(大腸)



済生会横浜市南部病院

第1版

連携手帳とは

この手帳は、手術を施行した病院とかかりつけ医が協力し、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、② 5年間の診療予定表、③ 5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、他の病気で別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（4ページの図参照）。

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（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。

なお、大腸がん以外のがん（胃がん、肺がん、肝がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に診ていただくか地域の健康診断などをお受け下さい。

この医療連携手帳は、東京都医療連携手帳を基に作成しております。

お名前

生年月日 明・大 年 月 日
昭・平

身長 _____ cm 体重 _____ kg

手術病院

済生会横浜市南部病院

電話

045 (832) 1111

ID

担当医

手術日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

かかりつけ医療機関（1）

医師名

電話

かかりつけ医療機関（2）

医師名

電話

かかりつけ薬局

電話

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー(薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

手術

切除部位	術式	手術日
<input type="checkbox"/> 結腸	<input type="checkbox"/> 回盲部 <input type="checkbox"/> 右結腸 <input type="checkbox"/> 右半 <input type="checkbox"/> 横行 <input type="checkbox"/> 下行 <input type="checkbox"/> S状 <input type="checkbox"/> 左半	20 年 月 日
<input type="checkbox"/> 直腸S状部	<input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 低位前方 <input type="checkbox"/> マイルズ <input type="checkbox"/> ハルトマン <input type="checkbox"/> 局所切除	
<input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> その他 ()	
ステージ (取扱規約第7版)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	
術前CEA値	ng/ml	

＜あなたの今後の治療方針は＞

- ステージ 0 ➡ 大腸がんの経過観察は終了です。検診を受けて下さい。
- ステージ I ➡ 大腸がんの術後の定期観察を受けて下さい。
- ステージ II ➡ 大腸がんの術後の定期観察を受けて下さい。

* ステージ II は再発高リスク群と低リスク群に分かれますが、その基準は定まっておりません。

主治医と相談して術後補助化学療法を受ける患者さん（再発高リスク群）は、この術後連携パスの対象になりません。

- 定期観察については、別表の予定で検査を行います。

その他特記事項（退院時）

腫瘍口側の検索： あり なし

クレアチニン値_____mg/dl

診察・検査予定表

結腸がん・直腸S状部がん

手術日：20 年 月 日

術後経過	2週	3か月	6か月	9か月	1年	3か月	6か月	9か月
受診予定日	/	/	/	/	/	/	/	/
問診・診察	●	●	●	○	●	○	●	○
チェック								
採血検査（CEA含む）	●	●	●	○	●	○	●	○
チェック								
胸部CT検査			●		●		●	
チェック								
腹部CT検査			●		●		●	
チェック								
大腸内視鏡検査*					◎			
チェック								

大腸内視鏡検査は、吻合部再発およびポリープ検索目的に行います。

*1年以内に1回は必ず行い、その後は必要に応じて行います。

●は手術病院で検査を行います。

○はかかりつけの医療機関で検査を行います。

◎は手術病院またはかかりつけの医療機関どちらかで行います。

2年	3か月	6か月	9か月	3年	3か月	6か月	9か月	4年	3か月	6か月	9か月	5年
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
●	○	●	○	●		○		●		○		●
●	○	●	○	●		○		●		○		●
●		●		●				●				●
●		●		●				●				●
				◎								

診察・検査予定表

直腸がん

手術日：20 年 月 日

術後経過	2週	3か月	6か月	9か月	1年	3か月	6か月	9か月
受診予定日	/	/	/	/	/	/	/	/
問診・診察	●	●	●	○	●	○	●	○
チェック								
採血検査（CEA含む）	●	●	●	○	●	○	●	○
チェック								
直腸指診			●		●		●	
チェック								
胸部CT検査			●		●		●	
チェック								
腹部CT検査			●		●		●	
チェック								
大腸内視鏡検査*					◎			
チェック								

大腸内視鏡検査は、吻合部再発およびポリープ検索目的に行います。

*1年以内に1回は必ず行い、その後は必要に応じて行います。

●は手術病院で検査を行います。

○はかかりつけの医療機関で検査を行います。

◎は手術病院またはかかりつけの医療機関どちらかで行います。

2年	3か月	6か月	9か月	3年	3か月	6か月	9か月	4年	3か月	6か月	9か月	5年
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
●	○	●	○	●		○		●		○		●
●	○	●	○	●		○		●		○		●
●		●		●								
●		●		●				●				●
●		●		●				●				●
◎				◎								

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

1年後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

1年9ヶ月後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

2年3ヶ月後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

2年6ヶ月後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

2年9ヶ月後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

3年6ヶ月後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

4年6ヶ月後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

通信欄

5年後

受診予定日： _____年____月____日

下記の症状が持続した場合には印をしてください。

- 腹痛 膨満感 便秘 吐き気 食欲不振
発熱 発疹 臀部痛 肛門部痛 下肢痛
下血 むくみ

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。

受診日： _____年____月____日

_____病院・医院_____医師

- 採血 胸部CT 腹部CT 骨盤CT
 大腸内視鏡
 その他検査 ()

採血結果

- 異常なし
 異常あり →

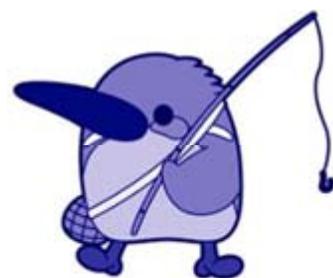
【コメント欄】

臨床所見

- 異常なし
 異常あり →

CEA： ng/ml

自由記載欄



大腸がんの手術を受けられた方へ

大腸がんの手術を受けられた方は、通常手術後5年間、定期検査を受けていただく必要があります。

7-8ページ及び9-10ページに「診察・検査予定表」として、病期ごとに定期検査の予定をまとめました。

この予定表は、結腸がん・直腸S状部がんと直腸がんの2通りがあります。病気により、どちらか一つを使用することになります。

手術後はかかりつけ医と手術を施行した病院の両方で診察を受けていただき、定期的に検査を行ってもらい、体調の変化や再発の有無のチェックをしていただきます。

かかりつけ医での定期受診・検査は「○」の時に、手術病院での定期受診・検査は「●」の時になります。「◎」は手術病院またはかかりつけ医のどちらかを受診しますが、手術病院の医師と相談してください。

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時にも、まずかかりつけ医にご相談ください。

入院治療が必要な時や再発が疑われるなど場合は、かかりつけ医の指示により、手術病院を受診していただくことになります。

なお、大腸がん以外のがん（胃がん、肺がん、肝がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけ医の先生に診ていただくか、地域の健康診断などをご自身で必ず受けてください。

術後の注意点について

1) 食事について

① 入院中はお粥を食べていたと思いますが、退院後はご飯に戻していただいてもかまいません。ご飯に戻した場合は、よく噛んで食べることを心がけてください。また、麺類はそばよりうどんのほうが消化に良いと言われておりますので、そばはしばらくの間は控えたほうが良いでしょう。

② 基本的に食事内容に制限はありませんが、偏った食事や暴飲・暴食・早食いは避け、野菜を中心としたバランスの取れた食事を、ゆっくり食べるように心掛けましょう。

③ 繊維の多い食品は、消化が悪く腸閉塞を起こしやすいので、手術直後は控えたほうが良いでしょう。

2~3カ月後からは食べていただいて構いません。

《例》ごぼう、きのこ類、こんにゃく、海藻類、セロリ、たけのこ、はす、つけもの、れんこんなど

2) 手術後に起こりやすい症状について

① 食べ過ぎによる症状

「早食い・ドカ食い」などの状態では1回の食事量が多いため、消化・吸収が間に合わずに、腹痛・膨満感・吐き気などの症状が出る場合があります。

毎食ほぼ同程度の量をゆっくり食べましょう。

食べ過ぎに注意してください。

② 排便の異常

大腸の手術をした部位により症状が異なりますが、「便秘」や便が一日に何回も少しずつ出る「頻便」や「下痢」が起こることがあります。

特に肛門近くの手術をされた方は「頻便」となる傾向があり、1日に10回以上になることもあります。

また、2～3日おきに排便があるが、排便が始まると、何回もトイレに行ってしまうこともよくあることです。

手術の影響であり時間が掛かりますが、徐々に排便回数が減ってきます。

「下痢」は大腸での水分の吸収力の低下が主な原因です。時間とともに落ち着いてきますが、1日に10回以上の下痢が続く場合は脱水になることがあり、早急に医師に相談してください。

また、腸の蠕動運動が低下していることによる「便秘」は腸閉塞を引き起こす可能性があります。好ましい状態ではありません。水分を多くとり、体を動かすことを心掛けてください。3～4日出ない場合は下剤を飲む必要があります。かかりつけの医師に相談しましょう。

3) 内服薬について

薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。下剤は、排便状況を見て調節してください。

4) 日常生活について

① 運動について

体力回復や筋力低下の防止には適度な運動が必要です。今からはじめる…というのは難しいと思いますので、散歩を日課に取り入れ、生活リズムを手術前の様に戻し規則正しい生活を送るようにしていきましょう。

また、趣味で行っているスポーツは医師に確認し続けていきましょう。

② 睡眠と休息について

睡眠は十分にとり、疲労を翌日に持ち越さないようにしましょう。

体に無理なことはかえってストレスになるため、休みながら行動するようにしましょう。

③ 入浴について

入浴しても大丈夫です。おなかのキズは平気？と心配されることが多いと思いますが、キズはしっかりついていしますので水は入りません。また、キズが清潔に保たれている方が望ましいので、きれいに洗うようにしましょう。

④ 旅行について

退院後は、1ヶ月すれば無理がない程度なら良いでしょう。必ず医師に相談してください。

⑤ 退院後の仕事について

お仕事を再開する時期については個人差がありますので、医師に相談してください。手術後の日常生活での回復状況と仕事量を考慮して判断することが重要です。

⑥ 嗜好品（タバコ、お酒）について

タバコはおなかの血液の流れを悪くし、おなかの運動を抑えますので、手術後も禁煙を続けるようにしましょう。飲酒については、医師に相談してください。

⑦ 定期受診について

退院後は、自分の体の状態を知るためにも受診をしましょう。また、定期検査の結果から、無症状の状態でも再発や他の異常を発見することもあります。万が一再発しても早期発見が重要です。決められた検査の予定は必ず行うように心がけてください。何か心配なことがありましたら、外来日に医師や看護師にお尋ねください。

5) 腸閉塞について

腹部の手術後、腸と腹壁、腸同士の癒着が起こります。この癒着の部分を中心に腸が折れ曲がったり、ねじれたり、癒着部分でほかの腸を圧迫したりして腸がつまった状態を腸閉塞といいます。

腹痛の特徴としては、時々差し込むような痛みと腹痛を感じないときが10分程度の間で周期的に何回もくるのが特徴です。特に痛みが強いときは、我慢せずかかりつけ医の先生に連絡を取り、指示を仰いでください。

症状が弱い場合には水分のみ摂取し、1、2食の絶食で改善することもあります。症状が強い場合・持続する場合にはかかりつけ医を受診、指示に従ってください。

6) 緊急時の連絡について

通常の診療時間内は、まずかかりつけ医にご連絡ください。

医療機関の皆様へ

1 治癒切除後のフォローアップについて

大腸癌研究会・プロジェクト研究による再発の特徴を、下記に記載いたします。

1) 再発時期と再発部位

- ① 再発は術後3年以内に約80%以上、術後5年以内に95%以上が出現した。
- ② 術後5年を超えての再発は全症例の1%以下であった。
- ③ 肺再発のうち5%は術後5年を超えて出現した。
- ④ 吻合部再発の95%以上は3年以内に出現した。

2) ステージ別特徴

① Stage 0

切除断端にがんが陰性であれば再発は認めなかった。

② Stage I

smがんの再発率は結腸がん・直腸がんとも約1%であった。

mpがんでは再発率は6.4%で、結腸がんでは5.0%、直腸がんでは8.3%であった。

術後3年以内に再発の2/3が出現し、5年を超えての再発は全症例の0.2%以下であった。

③ Stage II、Stage IIIa、Stage IIIb

Stageが進むにしたがって再発率が増加した。

術後3年以内に再発の78～90%が出現し、5年を超えての再発は全症例の1%以下であった。

3) 術後フォローアップスケジュール

大腸がん研究会による大腸癌治療ガイドライン2009年版から、術後フォローアップスケジュールを抜粋いたしました。

術後の再発率の違いから、結腸・直腸S状部がんと直腸がんで若干のフォローアップの違いがあります。

2 大腸がん術後患者さんへの指導について

・排便異常について

術後は、便秘、下痢・軟便がみられることがあります。特に直腸がん手術後には、直腸の貯留機能の低下から、長期にわたり、頻便・下痢が認められることがあります。

症状にあわせて止痢剤・下剤等の処方をお願いいたします。

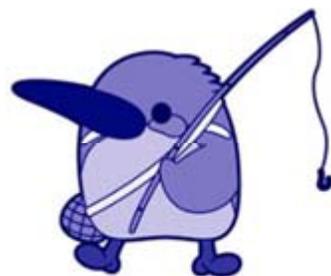
・救急対応について

大腸がん術後の外来経過観察中に緊急の対応が必要になるのは、主にイレウス症状です。

軽度の腹痛・吐き気などが認められる場合には水分の摂取のみとし、1-2回の絶食で経過をみていただいております。

症状の改善がみられないとか症状が強い場合には、すぐに診察を受けるように指導しております。診察・各種検査でイレウスが確定した場合には入院の上、治療を開始します。必要な場合は、手術病院（の担当医）に連絡をいただけますと幸甚です。

自由記載欄



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11ページ以降の通信欄の上半分に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、臨床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、各通信欄の【コメント欄】に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。

大腸がん術後連携パスを受ける患者さんへ

「連携パス」とは、地域のかかりつけ医と手術病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、かかりつけ医と手術病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

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、専門的な治療や定期的な検査は手術病院が行います。軽いケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて手術病院を受診していただきます。休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、手術病院までご連絡ください。

この「連携パス」の目的は、地域のかかりつけ医と手術病院が協力し、安心して質の高い医療体制を構築することです。また、患者さんにとっては、長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の診療による不安の解消といったメリットにつながります。

【かかりつけ医の役割】

- ☆ 病気の予防・日常の健康管理を行います。
(生活習慣病などの管理は、身近のかかりつけ医が必要です。)
- ☆ 専門的治療（病院への受診）の必要性を判断します。
- ☆ 風邪など一般的な病気のことやちょっとした心配ごとなどが、気軽に相談できます。

【手術病院医師の役割】

- ☆ 定期的な診療を行います。（かかりつけ医と情報交換しながら、年に1～2回の診察）
- ☆ 専門的な検査・診察・手術を行います。
- ☆ 緊急を要する場合、必要な対応を行います。

なお、予定受診と臨時受診の際に、文書量（診療情報提供料）が発生しますことをご了承ください。

大腸がん術後の医療連携に関する同意書

患者さん・拠点病院用

地域連携クリニカルパスに関する説明・同意確認書

～大腸がん術後地域連携クリニカルパス～

_____病院 院長 殿

私は、 濟生会横浜市南部病院 の _____ 医師より、

1. 地域連携クリニカルパスの説明を受け、
2. 連携医手配の後にパス書類一式を受け取り、
3. 地域連携クリニカルパスにもとづいた連携医（かかりつけ医）との連携診療に、

同意します。

同意しません。

<いずれかに○をお願いします。>

平成____年____月____日

患者氏名： _____.

代理： _____（続柄： _____）

かかりつけ医療機関及び連携元医療機関での控え（コピー可）の保管が必要です。

予定受診と臨時受診の際に、文書量（診療情報提供料）が発生しますことをご了承ください。

連携共同診療計画に基づく診療情報提供書

(____年____月経過分)

(○のすべてと、●の1行目は、異常のない場合でも、必ず記載をお願いします。○の全ては、コピーされたものでかまいません)

○ _____ 病院/センター
_____ 科 _____ 先生行

○患者さん氏名： _____
生年月日： (大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生)
患者番号 (手術病院)： _____

●再発所見： なし あり 疑い (ありと疑いの場合は下記に)
所見： 1 _____
2 _____
3 _____

○検査名と所見： 検査1 _____
検査2 _____
検査3 _____

○検査異常値： _____
• _____
• _____
• _____

伝達事項： _____

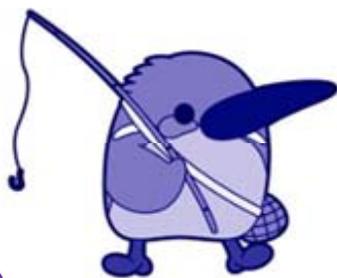
●その他異常所見： なし あり (ありの場合は下に記載)
(がん再発の関連しないと思われる項目でも結構です。)

• _____
• _____
• _____

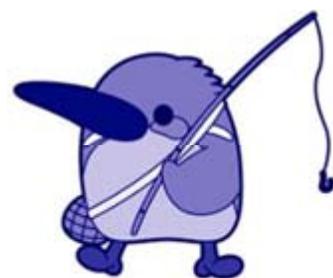
○【記載者】
医療機関名： _____
医師氏名： _____
連絡先： _____

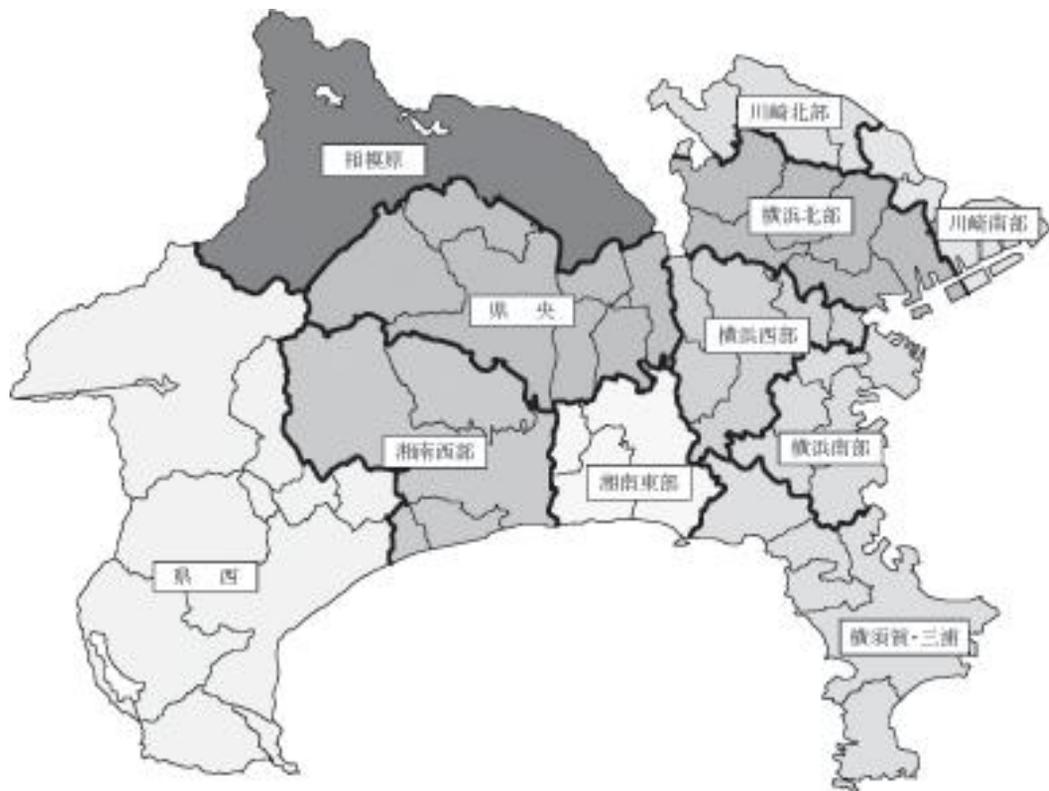
かかりつけの医療機関、手術病院 (連携元医療機関) のどちらも使えます。
A4サイズに拡大コピーして使ってください。(控えを保管してください。)

自由記載欄



自由記載欄





神奈川県がん診療連携協議会
神奈川県医師会
神奈川県

お名前