

編集：雨宮 隆太（茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター名誉地域がんセンター長）
朝戸 裕二（茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター呼吸器外科部長）
立花不二夫（茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター相談室長）

執筆：茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター相談支援センター
大谷 幹伸（医師）、清嶋 護之（医師）、土井 幹雄（医師）、肥後 良雄（事務）、金子 昌子（看護師）、
市毛 陽子（看護師）、朝倉 建一（事務）、植木 節子（看護師）、黒木美代子（看護師）、押止亜紀子（MSW）、
石井 絵美（MSW）、田上 早苗（MSW）、加倉井結香（MSW）、大崎 直美（事務）
総合病院 土浦協同病院・茨城県地域がんセンター相談支援センター
大原 潔（医師）、松本 俊子（看護師）、猪瀬留美子（看護師）、磯崎 美穂（MSW）、桜井 敏美（事務）、
大岡 純子（事務）
筑波メディカルセンター病院・茨城県地域がんセンター患者家族相談支援センター
菊池 孝治（医師）、山口 涼子（看護師）、上原 広子（MSW）
働日立製作所日立総合病院・茨城県地域がんセンターがん相談支援室
石川 悟（医師）、天池真寿美（MSW）、大竹セツ子（看護師）
東京医科大学霞ヶ浦病院相談支援センター
松崎 靖司（医師）、古川 欣也（医師）、久野 美雪（看護師）、笠原はるか（MSW）、島津奈保子（MSW）、
杉本 信司（事務）
茨城西南医療センター病院相談支援センター
吉田 進（医師）、岩瀬 祥枝（MSW）、内山 圭祐（MSW）、夏目 陽子（MSW）、大矢 美穂（臨床心理士）
友愛記念病院相談支援センター
三宅 智（医師）、渡邊希代光（MSW）、川村 知穂（MSW）
筑波大学附属病院総合がん診療センター
赤座 英之（医師）、木澤 義之（医師）、新井 勲（臨床心理士）、浅井 恵（MSW）
茨城県立こども病院
土田 昌宏（医師）
協力：茨城県保健福祉部保健予防課

「相談内容の分析等を踏まえた相談支援センターのあり方に関する研究」班

雨宮 隆太（茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター名誉地域がんセンター長）、主任研究者
石川 睦弓（静岡県立静岡がんセンター研究所、患者・家族支援研究部部長）
谷水 正人（独立行政法人国立病院機構四国がんセンター外来部部長）
若尾 文彦（国立がんセンターがん対策情報センター長補佐、国立がんセンター中央病院放射線診断部医長）

問い合わせ先：立花不二夫（相談支援センター）

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

＊がん診療拠点病院における相談支援センター（略称：相談支援センター）＊

soudansien@chubyoin.pref.ibaraki.jp

TEL：0296-78-5420（留守番電話対応） FAX：0296-78-5421

がん相談支援センターの役割

1 医療相談・よろず相談

診断や治療に関する医療相談、医療費、福祉、介護サービス等のよろず相談について、広く一般の方からご相談いただけます。「医療費の支払いがたいへん」、「訪問看護を受けたいけどどうしたらいいの」等、お困りのことがあればお気軽にご相談下さい。



2 退院調整

主治医や病棟の担当看護師と相談し、自宅や地元の医療機関（かかりつけ医、訪問看護等）へ移行した場合に不都合が生じないように退院の準備をお手伝いします。



3 在宅療養支援

外来通院中・在宅療養中の患者さまが安心して必要な医療を継続できるように支援します。



4 情報提供

患者さま、ご家族に対するがん医療に関する情報提供を行います。患者さま、ご家族、どなたでもご相談下さい。



がん診療連携拠点病院の 相談窓口支援センターにご相談下さい

相談支援センターは…

あなたの
理解を
助けます



あなたの心を
支えます



あなたと
一緒に
探します



あなたの
生活を
支援します



あなたに
合った情報を
提供します

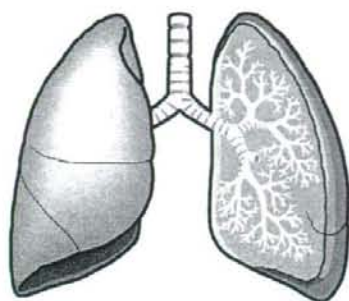


あなたの
家族も
支えます



発行日 平成21年3月30日
発行者 厚生労働省科学研究費補助金 がん臨床研究事業
「相談内容の分析等を踏まえた相談支援センターのあり方に関する研究」班
(H18-がん臨床-一般-022) 雨宮 隆太
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 相談支援センター
〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵6528 TEL: 0296-78-5420
印刷所 株式会社 高野高速印刷
〒310-0853 茨城県水戸市平須町1822-122 TEL: 029-305-5588

私の通院手帳



あなたのお名前

〇〇 〇〇

かかりつけ医

●●医院 ▲▲先生

(電話 — —)

□□□□ 病院

(電話)

患者背景



氏名		性別	1. 男性 ・ 2. 女性
生年月日	明治・大正	身長	<input type="text"/> cm
	昭和・平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		体重
アレルギー体質	0. 無 2. 不明 1. 有 ()		
合併症	0. 無 2. 不明 1. 有 ()		
既往症 (過去に罹患で現在は治癒しているもの)	0. 無 1. 有 ()		

手術



術式		手術日	
<input type="text"/>		20 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
術前腫瘍マーカー値		手術の根治性	
1.CEA 3.ProGRP 2.CYFRA 4.他 (<input type="text"/> ng/ml)		1.完全 2.非完全 3.判定不能	
TNM分類	T	T1a ・ T1b ・ T2a ・ T2b ・ T3 ・ T4	
	N	N0 ・ N1 ・ N2 ・ N3 ・ NX	
	M	M0 ・ M1	
	stage	IA ・ IB ・ IIA ・ IIB ・ IIIA ・ IIIB ・ IV ・ X	
病理診断名	1.非小細胞肺癌 → 1.腺癌 4.その他 2.その他 () 3.大細胞癌		

肺癌術後連携パス投薬あり(退院～2年)



様






	退院	1週間後	3週間後	3か月後	6か月後	1年後	1年半後	2年後
達成目標								
検査・診断								
①胸部X線 ②胸部CT ③脳MRI ④採血 ⑤腫瘍マーカー □CEA □CYFRA □ProGRP □() □投薬 チェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①胸部X線 ②胸部CT ③脳MRI ④採血 ⑤腫瘍マーカー □CEA □CYFRA □ProGRP □()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①身体所見 ②採血 ③腫瘍マーカー □CEA □CYFRA □ProGRP □() ④胸部X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
□投薬 チェック (※投薬患者さんのみ) 処方 投薬前確認 消化器症状 皮膚症状 全身症状 薬物処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 患者への教育・指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①治療スケジュール説明 ②患者様用パス説明 ③服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
□治療スケジュール説明 □患者様用パス説明 □服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査 ①身体所見 ②採血 ③腫瘍マーカー □CEA □CYFRA □ProGRP □() ④胸部X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①残薬チェック ②供用薬チェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①残薬チェック ②供用薬チェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病状に 変化があった場合、()病院に連絡 (電話:)								
□治療スケジュール説明 □患者様用パス説明 □服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①1ヶ月毎) ②1ヶ月毎) ③2ヶ月毎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(適宜)3ヶ月毎を目安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
経口抗癌剤 UFT (<input type="text"/> mg/日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	病状発現時の 連絡先
日中 → 担当医外来 電話番号: 夜間・休日 → ○○科 電話番号:	



肺癌術後連携パス 投薬なし (退院~2年)

様

		退院	1週間後	3週間後	3か月後	6か月後	1年後	1年半後	2年後
達成目標		/	/	/	/	/	/	/	/
病院	検査・診断	<input type="checkbox"/> ①胸部X線 <input type="checkbox"/> ②胸部CT <input type="checkbox"/> ③脳MRI <input type="checkbox"/> ④採血 <input type="checkbox"/> ⑤腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CYFRA <input type="checkbox"/> ProGRP □ ()							
	①胸部X線  ②胸部CT  ③脳MRI  ④採血  ⑤腫瘍マーカー  □CEA <input type="checkbox"/> CYFRA <input type="checkbox"/> □ProGRP □()								
かかりつけ医	連携、連絡 患者への教育・指導	<input type="checkbox"/> 病状に変化があった場合、()病院に連絡 (電話:) <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明							
	検査	<input type="checkbox"/> ①身体所見 <input type="checkbox"/> ②腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CYFRA <input type="checkbox"/> ProGRP □() <input type="checkbox"/> ③胸部X線 <input type="checkbox"/> ④採血							



異常発現時の
連絡先

日中 → 担当医外来 電話番号:
 夜間・休日 → 〇〇科 電話番号:

肺癌術後連携パス (2年~5年)

様

		2年	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		/	/	/	/	/	/	/
病院	検査・診断							
	①胸部X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②胸部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③脳MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤腫瘍マーカー □CEA □CYFRA □ProGRP □()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病院	検査 CT							
	MRI							
連携、連絡 患者への教育・指導		→ 病状に変化があった場合、()病院に連絡 (電話:)						
かかりつけ医	検査	/	/	/	/	/	/	/
	①身体所見 (1ヶ月毎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②腫瘍マーカー (2ヶ月毎) □CEA □CYFRA □ProGRP □()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③胸部X線 (適宜) ④採血 (適宜)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

異常発現時の
連絡先

日中 → 担当医外来 電話番号:
夜間・休日 → 〇〇科 電話番号:



受診医療機関

受診予定日：

20 年 月 日

☆ 患者さん記入欄 ☆

↓ 下記の症状があった場合にはチェックください

- | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> はきけ | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 皮膚症状 |

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 ☆ ※ 実施した項目のみチェックしてください

- | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 身体所見 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胸部X線 | <input type="checkbox"/> 胸部CT | <input type="checkbox"/> 脳MRI/CT | <input type="checkbox"/> その他 (| |) |

異常所見 (採血結果・画像所見など)

- なし
 あり

★ 連絡欄 ★

※ 気になる症状がある場合はかかりつけ医にご相談ください。

受診医療機関

受診予定日：

20 年 月 日

☆ 患者さん記入欄 ☆

↓ 下記の症状があった場合にはチェックください

- | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> はきけ | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 皮膚症状 |

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 ☆ ※ 実施した項目のみチェックしてください

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体所見 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー | | |
| <input type="checkbox"/> 採血 | <input type="checkbox"/> 胸部CT | <input type="checkbox"/> 脳MRI/CT | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 胸部X線 | | | |

異常所見 (採血結果・画像所見など)

- | |
|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> あり |

★ 連絡欄 ★

※気になる症状がある場合はかかりつけ医にご相談ください。



抗がん剤を服用されている患者さんへ



これまでに報告されている抗がん剤のおもな副作用を下に記載しました。副作用の出方は人によりさまざまですが、早い段階での発見や症状が出たときに落ち着いて対処するためにも、副作用を知っておくことは大切なことです。

次のような症状に気づいたら、いったん飲むのをやめてすぐにかかりつけ医にご相談ください。

肝臓	体がだるい、発熱、かゆみ、発疹 目や皮膚が黄色くなる、黄褐色の尿
下痢	激しい腹痛や下痢（1日4回以上）
感染	のどの痛み、発熱
出血	打撲していないのに青あざができる
貧血	めまい、立ちくらみ
口内炎	ひどい口内炎（広範囲で痛みがある場合）
胃腸	黒色便、下血
呼吸器	せきが出る、息が苦しい、息切れ
心臓	胸が痛む、動悸、脈拍が不規則になる
神経	しびれ、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れがひどくなる
腎臓	尿量が減る、顔や手足などがむくむ、血尿
皮膚	発疹、やけど様の水ぶくれ、口や眼の粘膜のただれ
嗅覚	においを感じにくい

次のような症状に気づいたら、なるべく早くかかりつけ医にご相談ください

- 1) はきけ
- 2) 食欲がない
- 3) 筋肉痛
- 4) 色素沈着、（皮膚や爪・指先などが黒くなる）
- 5) 手足などに生じる皮膚炎（赤くなる）
- 6) 目の充血
- 7) 味がわかりにくい
- 8) その他



項目	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
白血球減少	< 施設基準値下限 - $3.0 \times 10^9/L$ < 施設基準値下限 - $3000/mm^3$	≥ 2.0 - $< 3.0 \times 10^9/L$ ≥ 2000 - $< 3000/mm^3$	≥ 1.0 - $< 2.0 \times 10^9/L$ ≥ 1000 - $< 2000/mm^3$	< $1.0 \times 10^9/L$ < $1000/mm^3$
好中球減少	< 施設基準値下限 - $1.5 \times 10^9/L$ < 施設基準値下限 - $1500/mm^3$	≥ 1.0 - $< 1.5 \times 10^9/L$ ≥ 1000 - $< 1500/mm^3$	≥ 0.5 - $< 1.0 \times 10^9/L$ ≥ 500 - $< 1000/mm^3$	< $0.5 \times 10^9/L$ < $500/mm^3$
貧血 (ヘモグロビン)	< 施設基準値下限 - $10.0g/dL$ < 施設基準値下限 - $100/L$ < 施設基準値下限 - $6.2mmol/L$	8.0 - $< 10.0/L$ 80 - $< 100g/L$ 4.9 - $< 6.2mmol/L$	6.5 - $< 8.0/L$ 65 - $< 80g/L$ 4.0 - $< 4.9mmol/L$	< $6.5/L$ < $65g/L$ < $4.0mmol/L$
血小板減少	< 施設基準値下限 - $75.0 \times 10^9/L$ < 施設基準値下限 - $75000/mm^3$	≥ 50.0 - $< 7.5 \times 10^9/L$ ≥ 50000 - $< 75000/mm^3$	≥ 25.0 - $< 50.0 \times 10^9/L$ ≥ 25000 - $< 50000/mm^3$	< $25.0 \times 10^9/L$ < $25000/mm^3$
好中球減少性 発熱	-	-	あり	生命を脅かす敗血症 (例:敗血症性ショック)
GOT, GPT	> 施設基準値上限 (ULN) - $2.5 \times ULN$	> $2.5 - 5.0 \times ULN$	> $5.0 - 20.0 \times ULN$	> $20.0 \times ULN$
ビリルビン	> 施設基準値上限 (ULN) - $1.5 \times ULN$	> $1.5 - 3.0 \times ULN$	> $3.0 - 10.0 \times ULN$	> $10.0 \times ULN$
口内炎	疼痛がない潰瘍、紅斑又は病変を特定できない軽度の疼痛	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍 / 摂食・嚥下可能	疼痛がある紅斑、浮腫、潰瘍 / 静注補液を要する	重傷の潰瘍 / 経管栄養、経静脈栄養又は予防的挿管を要する
悪心	食べられる	経口摂取量の著明な減少	ほとんど経口摂取できず輸液を要する	-
嘔吐	治療前に比し24時間あたり1回多い	治療前に比し24時間あたり2-5回多い	治療前に比し24時間あたり ≥ 6 回多い；又は静注補液を要する	集中治療を要する生理機能状態；循環動態性虚脱
便秘	便軟化剤又は食事の工夫を要する	緩下剤を要する	摘便又は浣腸を要する頑固な便秘	腸閉塞又は中毒性巨大結腸症
下痢	治療前に比し < 4回/日の排便回数増加	治療前に比し24時間あたり4-6回/日の排便回数増加又は夜間排便	治療前に比し ≥ 7 回/日の排便回数増加又は失禁又は脱水に対する輸液を要する	集中治療を要する生理機能状態；又は循環動態性虚脱
疲労 (嗜眠、倦怠感、無力)	治療前より疲労が増すが日常生活には変化がない	中等症 (PSがECOGレベルで1低下又はKarnofskyで20%低下) 又は一部の日常生活が困難	重症 (PSがECOGレベルで ≥ 2 低下又はKarnofskyで $\geq 40\%$ 低下) 又は一部の日常生活ができない	寝たきり又は活動不能
皮膚障害 (色素沈着)	軽度または限局性の色素沈着	顕著なまたは全身性の色素沈着	-	-
手足皮膚反応	疼痛を伴わない軽度な皮膚の変化又は皮膚炎	疼痛を伴う皮膚変化・機能障害なし	疼痛を伴う皮膚変化・機能障害有り	-

G2以上の副作用が発現した場合は抗がん剤の休止を考慮ください。

私のカルテは、
ご自身の体の状態を2つの医療機関に知らせるために活用します。
病院とかかりつけ医を受診するときに持参してください。

制作

日立総合病院
土浦協同病院
筑波メディカルセンター病院
筑波大学附属病院
東京医科大学霞ヶ浦病院
古河市福祉の森診療所

茨城西南医療センター
茨城東病院
水戸中央病院
水戸医療センター
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター