



福岡医発第1243号(地)

平成23年 8月19日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

がん治療連携指導料にかかる施設基準の届出について

平成23年8月9日付け福岡医発第1167号(地)にてご連絡申し上げておりました標記の件につきまして、既に届け出をしている医療機関においては、特定のがん拠点病院またはそれに準ずる病院との連携という形での届出になっているかと思いますが、福岡県がん対策推進協議会において、胃がん・大腸がんにつき、乳がん・肺がん・肝臓がんのクリティカルパスが承認されたことに伴い、本会といたしましては、これらのがんにつきましては、県内全がん拠点病院及びそれに準ずる病院と連携する形をとりたいと考えております。

つきましては、既に届け出をしている医療機関におかれましても、先日、お送りした様式により再度届出をしていただきますよう周知方よろしくお願い申し上げます。

また、届出書に添付する胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、肝臓がんの地域連携診療計画書を別添のとおりお送りいたしますので、本計画書を添付の上、提出をお願いいたします。

なお、

- 1) 既に届出をしている医療機関につきましては、がんの追加がなければ、計画書の添付は必要ありません。(追加がある場合には、追加のがんの計画書を添付願います。その際、既に届けているがんにも○を付けて下さい。)
- 2) 8月に限り、別添計画書が添付されていない場合は、本会で添付の上、九州厚生局へ提出いたします。
- 3) 胃がん・大腸がん・乳がん・肺がん・肝臓がん以外のがんについて、届出する(している)場合には、届出書の3頁目にがんの名前・連携するがん拠点病院名を記入して下さい。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

共同診療計画書(胃がんステージⅠ)

様

No. 1

病歴名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)
 施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

	(病院)	(病院)	日常診療		(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)				
			(診療所)	(診療所)		(診療所)	(診療所)	(診療所)		(診療所)	(診療所)	(診療所)		(診療所)	(診療所)	(診療所)									
			または (病院)				または (病院)				または (病院)				または (病院)				または (病院)				または (病院)		
			1年			2年				3年				4年				5年							
(退院時)	(3ヵ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)					
項目	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
達成目標 術後連携によるフォローアップ		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□					
	手術後後遺症への対応																								
	手術後後遺症、再発の早期発見																								
連携、連絡 術後連携の説明 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡 □患者様用パス説明																								
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 ダンピング症候群 貧血 骨粗鬆症 逆流性食道炎 小胃症状	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □					
診察・検査 全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 身長 (cm) 問診 全身症状 腹部症状 視触診 顔面:貧血、黄疸 頸部:鎖骨上窩リンパ節腫大 腹部	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □					
検査 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA,CA19-9) 腹部超音波検査 CT検査(腹部、骨盤) 胸部X線検査 胃内視鏡検査 他臓器癌に対する検診を勧める	1-3ヶ月毎								3-6ヶ月毎																
		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□					
		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□					
			■ □ ■ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■	■ □ ■ ■						

(□)(■): 症例に応じて施行を決定する

■: かかりつけ医でも可能(かかりつけ医で検査を行う場合は、病院受診以前に検査施行し、データを貼付する事)

共同診療計画書(大腸がんステージⅠ)

様

No. 1

病院名: _____ 担当医 _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

施設名: _____ 担当医 _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

項目	(病院)	(病院)	日常診療		(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)
			(診療所)	(診療所)		(診療所)	(診療所)	(診療所)		(診療所)	(診療所)	(診療所)		(診療所)	(診療所)	(診療所)		(診療所)			
			または (病院)				または (病院)			または (病院)		または (病院)			または (病院)			または (病院)			
			1年				2年				3年				4年				5年		
(退院時)	(3ヵ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	(3ヶ月)	(6ヵ月)	(9ヵ月)	(12ヵ月)	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
達成目標	術後連携によるフォローアップ																				
連携、連絡 術後連携の説明 手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	手術後後遺症への対応																				
	手術後後遺症、再発の早期発見																				
	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡 □患者様用パス説明																				
教育・指導 服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後後遺症の確認 貧血 下痢 腹部膨満 腸閉塞症状 排尿障害																					
	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	
診察・検査 全身状態 PS 血圧 体温 体重(kg) 身長(cm) 問診 全身症状 腹部症状 視触診 顔面:貧血、黄疸 頸部:鎖骨上窩リンパ節腫大 腹部 直腸指診[直腸癌の場合] 末梢血一般、生化学	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
検査 腫瘍マーカー(CEA,CA19-9)	1-3ヶ月毎																				
	3ヵ月毎	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
検査 胸部CT検査 腹部CT検査(結腸癌、RS癌の場合) 腹部骨盤CT検査(直腸癌の場合) 大腸内視鏡検査 他臓器癌に対する検診を勧める			(□)		□		(□)		□		(□)		□		(□)		□		(□)	□	
			(□)		□		(□)		□		(□)		□		(□)		□		(□)	□	
			(□)		□		(□)		□		(□)		□		(□)		□		(□)	■	

■: かかりつけ医でも可能(かかりつけ医で検査を行う場合は、病院受診以前に検査施行し、データを貼付する事)

(□): 症例の進行度によって施行を決定する(注意: 大腸癌治療ガイドライン2009年度版では、ステージⅠ大腸癌のフォローアップでは、3年目までは半年毎のCT検査が推奨されている)

【共同診療計画書】 肺がん

患者様ID: _____ 病院名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)
 患者様氏名: _____ 施設名: _____ 担当医: _____ (電話: _____) 調剤薬局名: _____ (電話: _____)

手術日からの期間		病 院	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	
		1 年							2 年					
		(退院後初回) 月 日	(1.5ヶ月) 月 日	(3ヶ月) 月 日	(4.5ヶ月) 月 日	(6ヶ月) 月 日	(9ヶ月) 月 日	(1年) 月 日	(1年3ヶ月) 月 日	(1年6ヶ月) 月 日	(1年9ヶ月) 月 日	(2年) 月 日		
項 目														
達成目標	・術後連携によるフォローアップ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	手術後後遺症への対応													
	手術後後遺症、再発の早期発見													
連携・連絡	・術後連携の説明 ・手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認	☐												
	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡													
教育・指導	・服薬指導（保険薬局） ・生活指導 ・手術後後遺症の確認 創痛、咳、痰、息切れ、嘔声、他	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
診察・検査	・全身状態 PS 血圧 体温 体重 (kg) 身長 (cm) ・問診 全身状態：ふらつき、麻痺、骨関節痛、他 胸部症状：咳・痰、血痰、呼吸困難感、他 ・視触診・聴診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー（CEA）*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
検 査	胸部X線 胸部CT 腹部CT・US 頭部MRI・CT 骨シンチ PET	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
						()				()				
投 薬	一般薬 抗がん剤 緩和薬	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

*必要なマーカーにチェックもしくは記載のこと

【共同診療計画書】 肺がん

		かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院	か かり つ け 医		病 院	か かり つ け 医		病 院		
		3 年				4 年				5 年			
手術日からの期間		(2年3ヶ月) 月 日	(2年6ヶ月) 月 日	(2年9ヶ月) 月 日	(3年) 月 日	(3年3ヶ月) 月 日	(3年6ヶ月) 月 日	(3年9ヶ月) 月 日	(4年) 月 日	(4年3ヶ月) 月 日	(4年6ヶ月) 月 日	(4年9ヶ月) 月 日	(5年) 月 日
項 目													
達成目標	術後連携によるフォローアップ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	手術後後遺症への対応												
	手術後後遺症、再発の早期発見												
連携・連絡	術後連携の説明												
	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認												
	手術後後遺症、再発等発生の場合、連絡												
教育・指導	服薬指導（保険薬局）												
	生活指導	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	手術後後遺症の確認	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	創痛、咳、痰、息切れ、嘔声、他												
診察・検査	全身状態	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	PS												
	血圧												
	体温												
	体重（ kg）												
	身長（ cm）												
	問診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	全身状態：ふらつき、麻痺、骨関節痛、他												
	胸部症状：咳・痰、血痰、呼吸困難感、他												
	視触診・聴診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
検 査	末梢血一般、生化学	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	腫瘍マーカー（CEA）*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	胸部X線	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	胸部CT		☐		☐		☐		☐		☐		☐
	腹部CT・US				☐				☐				☐
	頭部MRI・CT				(☐)				(☐)				(☐)
	骨シンチ				(☐)				(☐)				(☐)
	PET				(☐)				(☐)				(☐)
投 薬	一般薬	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	抗がん剤	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	緩和薬	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*必要なマーカーにチェックもしくは記載のこと

【共同診療計画書】 乳がん ステージⅠ・Ⅱ

項 目	日常診療				日常診療		日常診療		日常診療		日常診療		日常診療	
	(連携 医療機関)	(連携医療機関 または (病院))	(連携 医療機関)	(病院)	(連携医療機関 または (病院))	(病院)	(連携医療機関 または (病院))	(病院)	(連携医療機関 または (病院))	(病院)	(連携医療機関 または (病院))	(病院)	(連携医療機関 または (病院))	(病院)
	5年				6年		7年		8年		9年		10年	
	(3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)	(6ヶ月)	(12ヶ月)	(6ヶ月)	(12ヶ月)	(6ヶ月)	(12ヶ月)	(6ヶ月)	(12ヶ月)	(6ヶ月)	(12ヶ月)
達成目標	手術後後遺症への対応													
連携・連絡	手術後後遺症、再発の早期発見													
	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認													
教育・指導	服薬指導（保険薬局）													
	生活指導													
診察・検査	手術後後遺症、副作用の確認													
	リンパ浮腫													
検査	上肢挙上制限													
	骨密度低下													
検査	関節痛													
	ホットフラッシュ													
検査	不正性器出血													
	全身状態													
検査	PS													
	血圧													
検査	体温													
	体重 (kg)													
検査	身長 (cm)													
	問診													
検査	更年期症状													
	帯下の変化													
検査	肝機能障害													
	関節痛													
検査	視触診													
	局所：腫瘍・硬結・発赤													
検査	リンパ節：鎖骨上窩、腋窩、頸部													
	患側上肢：リンパ浮腫・炎症													
検査	末梢血一般、生化学													
	腫瘍マーカー（CEA, CA15-3, 他）													
検査	マンモグラフィー検査													
	乳房超音波検査													
検査	CT/腹部超音波検査													
	RI													
検査	骨密度測定													
	子宮体癌検診													

☆ (○)：症例に応じて施行を決定する

【共同診療計画書】 乳がん ステージⅠ・Ⅱ

患者様ID:

病院名:

担当医:

(電話:)

調剤薬局名:

(電話:)

患者様氏名:

連携医療機関名:

担当医:

(電話:)

調剤薬局名:

(電話:)

項目	(病院)	(病院)	日常診療		(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)	日常診療			(病院)
			(連携医療機関または病院)	(連携医療機関)		(連携医療機関)	(連携医療機関または病院)	(連携医療機関)		(連携医療機関)	(連携医療機関または病院)	(連携医療機関)		(連携医療機関)	(連携医療機関または病院)	(連携医療機関)	
			1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年
	(退院時)	(3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)	(3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)	(3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)	(3ヶ月)	(6ヶ月)	(9ヶ月)	(12ヶ月)
達成目標	術後連携によるフォローアップ																
連携・連絡	術後連携の説明																
	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認																
教育・指導	服薬指導 (保険薬局)																
	生活指導																
診察・検査	手術後後遺症、副作用の確認																
	リンパ浮腫																
	上肢挙上制限																
	骨密度低下																
	関節痛																
	ホットフラッシュ																
	不正性器出血																
	全身状態																
	PS																
	血圧																
	体温																
	体重 (kg)																
	身長 (cm)																
	問診																
	更年期症状																
	帯下の変化																
	肝機能障害																
	関節痛																
	視触診																
	局所: 腫瘍・硬結・発赤																
	リンパ節: 鎖骨上窩、腋窩、頸部																
	患側上肢: リンパ浮腫・炎症																
検査	末梢血一般、生化学	1~3ヶ月ごと								3~6ヶ月毎							
	腫瘍マーカー (CEA, CA15-3, 他)																
	マンモグラフィー検査																
	乳房超音波検査																
	CT/腹部超音波検査																
	PI																
	骨密度測定																
	子宮体癌検診																

※(□): 症例に応じて施行を決定する

共同診療計画書 肝臓がん

病院名:

担当医: (電話:

調剤薬局名: (電話:)

かかりつけ医名:

担当医: (電話:

調剤薬局名: (電話:)

[illegible]