



わたしの手帳
my note

わたしの手帳

my note

- 連携手帳とは 2
- 連携手帳を用いた診療の流れ 3
- 内視鏡検査 6
- 診察・検査予定表 12
- 通信欄（かかりつけ医・治療病院 兼用） 14
- 大腸腫瘍の内視鏡検査を受けられた方へ 18
- 内視鏡検査後の注意点について 18
- 医療機関のみなさまへ 20
- この手帳の使い方について 20

連携手帳とは

この手帳は、内視鏡治療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。

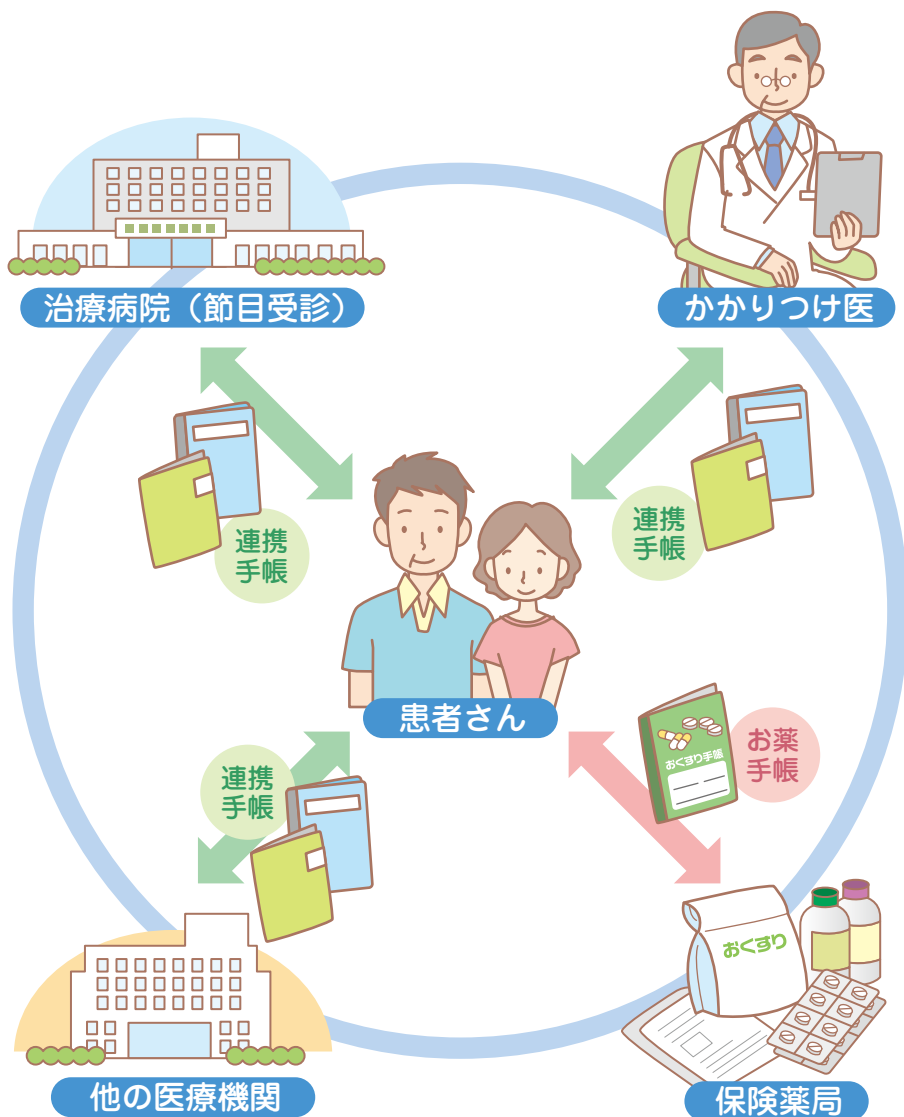
内容は、①共同診療に必要な診療情報、②6年間の診療予定表、③診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。

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（右ページの図参照）。

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4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。

● 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

患者さんは22ページ「この手帳の使い方について」

お名前	
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
身長 _____ cm 体重 _____ Kg	
内視鏡治療を受けた病院	
T E L	
I D	
担当医	
内視鏡 (1) 20__年__月 (2) 20__年__月	
治療日 (3) 20__年__月 (4) 20__年__月	
かかりつけ医療機関 (1)	
医師名	
T E L	
かかりつけ医療機関 (2)	
医師名	
T E L	
かかりつけ薬局	
T E L	

を参照の上、必要項目の記入をお願いします。

既往歴および現在治療中の病気

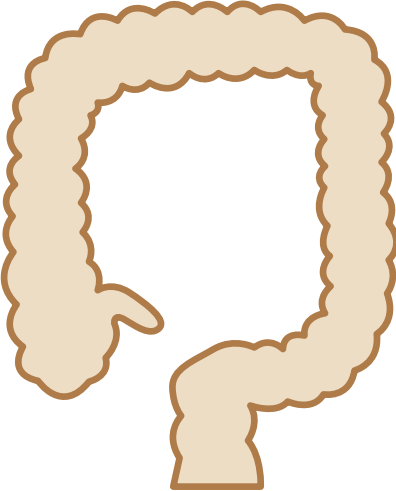
アレルギー(薬、食べ物等)

内服薬(お薬手帳がある場合は不要)

--

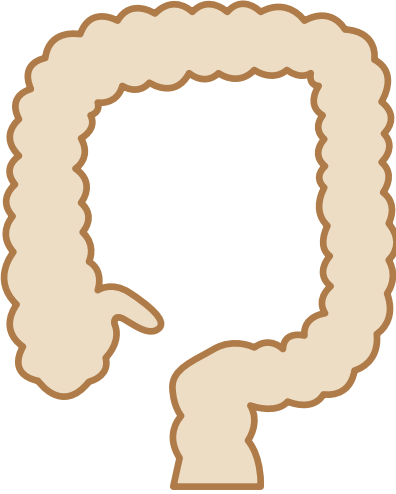
● 内視鏡検査

治療日	20 年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリープ切除術 _____ 個 <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術 _____ 個
治療部位 (図示)	
その他特記事項	

治療日	20 年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリープ切除術 _____ 個 <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術 _____ 個
治療部位 (図示)	
その他特記事項	

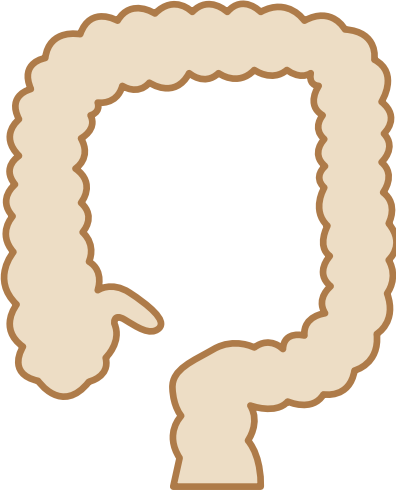
● 内視鏡検査

治療日	20 年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリープ切除術 _____ 個 <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術 _____ 個
治療部位 (図示)	
その他特記事項	

治療日	20 年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリープ切除術 _____ 個 <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術 _____ 個
治療部位 (図示)	
その他特記事項	

● 内視鏡検査

治療日	20 年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリープ切除術 _____ 個 <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術 _____ 個
治療部位 (図示)	
その他特記事項	

治療日	20 年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 内視鏡的ポリープ切除術 _____ 個 <input type="checkbox"/> 内視鏡的粘膜下層剥離術 _____ 個
治療部位 (図示)	
その他特記事項	

● 診察・検査予定表

連携先医療機関			1年後 月 日	2年後 月 日	
臨床症状	全身状態		○	○	
	腹痛の有無		○	○	
	消化器症状		○	○	
血液検査	一般血液検査		○	○	
画像検査	大腸内視鏡		○	○	
	腹部エコー				
	腹部 CT(造影)				
連絡事項					
報 告	治療医への報告書*			○	
備 考					

大腸内視鏡検査は治療部位の再発・ポリープの検索目的に行います。
終了した検査は○の上にチェックをいれてください。

	3年後 月 日	4年後 月 日	5年後 月 日	6年後 月 日	以後 1回/年
	○	○	○	○	
	○	○	○	○	
	○	○	○	○	
	○	○	○	○	
	○	○	○	○	
		○		○	以後 1回/2年

*内視鏡検査については、再発、異時性がん（大腸の別の部位に新たに発生するがん）の検索目的に1年ごとに検査を行います。

*検査期間については、現在、学会等で検討されていますが、本書では10年を目安とします。

*その他：病理組織結果により腫瘍マーカー、腹部超音波検査、腹部CT検査などを必要時に追加します。

● 通信欄（かかりつけ医・治療病院 兼用）

年月日		サイン

名前： _____

治療病院ID： _____

年月日		サイン

● 通信欄（かかりつけ医・治療病院 兼用）

年月日		サイン

名前： _____

治療病院ID： _____

年月日		サイン

● 大腸腫瘍の内視鏡治療を受けられた方へ

大腸腫瘍（がん・腺腫など）の内視鏡治療を受けられた方は、通常治療後は毎年検査を受けていただく必要があります。

12、13ページに「診察・検査予定表」として、定期検査の予定をまとめました。内視鏡治療後はかかりつけ医か内視鏡治療を施行した病院のどちらか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。

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。

● 内視鏡治療後の注意点について

1) 食事について

治療後1週間は、刺激物、酒類や暴飲暴食を避けてください。

2) 内視鏡治療後に起こりやすい症状について

①血便

治療後の傷跡から出血することがあります。もし血便が出た場合は治療を受けた病院に連絡してください。

②腹痛

治療後の傷跡が痛むことがあります。軽い腹痛の場合は心配ありませんが、強い腹痛がある時は治療を受けた病院に連絡してください。

③ 腹満

内視鏡治療後は、お腹にガスが溜まりやすく、お腹が張った感じがすることがあります。治療時には腸の動きを止める薬を使うことが多く、その影響でお腹に溜ったガスを外に出しにくくなっています。薬の効果がきれて腸が動き出すとガスもでやすくなります。お腹をさすることも有効です。

3) 日常生活について

退院後は、2週間程度旅行や運動は避けて下さい。出血や腹痛がなければ、治療翌日からシャワーが可能、浴槽につかるのは1週間後から可能です。

4) 定期受診について

診察・検査予定表にもある通り、年に1回は大腸内視鏡検査を受けましょう。目的は再発の確認と、新たに発生する大腸がんの早期発見です。

5) 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。

● 医療機関のみなさまへ

大腸内視鏡検査・治療の偶発症について

日本消化器内視鏡学会の全国調査報告で、2003年より2007年までの5年間で偶発症の発生率は大腸ポリペクトミーで0.274%、大腸EMRで0.512%、大腸ESDで3.774%と報告されています。また、大腸EMRの偶発症は、出血と穿孔がそのほとんどで、大腸EMR全体に対する発生率はそれぞれ0.399%と0.126%でした。大腸内視鏡検査のみの偶発症は0.078%と報告されています。

なお、大腸ESDの偶発症は、後出血率 1.5% (0.5-9.5%)、穿孔率 4.7% (1.4-8.2%)と報告されています (Tanaka S, et al. Dig Endosc. 2012;24 S73-9)。

救急対応について

大腸の内視鏡治療後に緊急対応が必要となるのは、大部分が後出血です。後出血が認められた際は、治療を施行した病院に連絡してください。

また、稀ですが遅発性穿孔をきたすこともあります。強い腹痛が見られる場合は至急治療を施行した病院に連絡ください。処置が遅れると重篤になることもあります。

● 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、4ページのお名前、かかりつけ医、かかりつけ薬局及び5ページの各項目の記入をお願いします。
- 2) 手術病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に6ページからの内視鏡治療内容について記載をお願いします。
- 3) かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、通信欄に検査結果、臨床所見などを記入して下さい。簡単な記載で結構です。(問題あり・なし程度)

MEMO

MEMO

独立行政法人地域医療機能推進機構
札幌北辰病院
〒004-8618
札幌市厚別区厚別中央2条6丁目2 - 1
TEL : 011-893-3000