

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 〒781-8555 高知県高知市池2125番地1 TEL:088(837)3000(代)



# 診療連携手帳パス



M
2:3
All and a second

# 高知医療センター の基本理念

### 「医療の主人公は患者さん」

(平成20年4月1日改訂)

### 1. 患者さんが主人公の病院にします

お一人おひとりの人間性を尊重させていただくようにつとめます 十分な説明で納得していただき、診療には患者さんにも参加していただくようにします 患者さんを「待たせない」、物を「持たせない」、「わかりやすい」病院にします

### 2. 高度な医療を普段着感覚で提供します

高度な医療機器を備えて高度医学を提供しますいつでも、どなたでも、どのようなことでも、気易く診療させていただくようにします高度な救命救急センター機能を備え、24 時間 365 日受け入れられる体制とします一日も早い日常生活への復帰に協力します日帰り手術・日帰り検査などを積極的に行います緩和ケアを基本とし、すべての患者さんの心と体の痛みを和らげることにつとめます

### 3. 自治体病院としての使命を果たします

高知県立中央病院と高知市立市民病院の使命を引き継ぎます モラルと向上心を持った模範となる病院になるようにつとめます 医療や保健・福祉の向上のため、県下の病院や診療所、関係機関と連携します 大地震などの災害時にも、医療機能が発揮できる病院にします 医療職員、学生などの教育・研修・研究に力をいれ、今後の医療・保健・福祉の 人材を育てます

### 連携手帳(パス)とは

この手帳は、高知医療センター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成されました。

手帳によって、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かかりつけ医の診療を受けるこ とが出来ます。他の病気で別の医療機関を受診する場合でも、連携手 帳をお持ち頂ければ、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。(右 図参照)

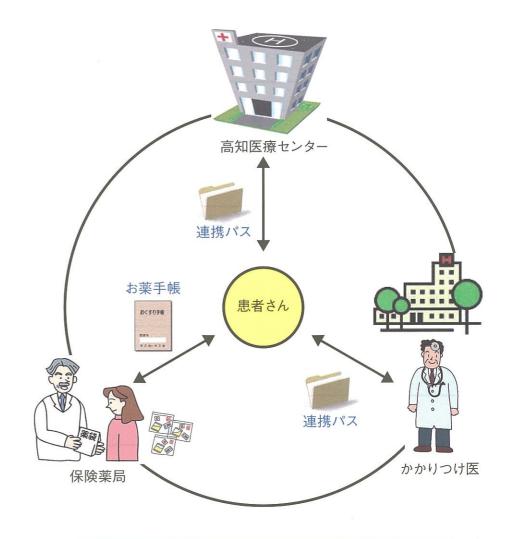
日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療を行った専門病院へは節目に受診して頂きます。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。

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、高知医療センターまでご連絡ください。

なお、前立腺がん以外のがん(肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、 婦人科がん、肝がんなど)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。

この連携手帳の予定表は、診察・検査を行う時期の目安です。病状 に応じて診察・検査の時期を変更することもありますが、その場合は 主治医の判断に従うようにしてください。

### 連携手帳(パス)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

手術病院高知県・高知市病院企業団立高知医療センターT E L 088-837-3000 (代表)ID 番 号担 当 医

かかりつけ医療機関
医師名
TEL
ID番号
連携開始日

	既往歷 ——————			
	F-A ft Empire a system			
		なし	•	あり
105				
	⇒1 n <del>L</del> '			
	アレルギー ———			
	現在治療中の病気及び内服薬 ————			
	元任石原中のからない人の下五成来			
1				

牛検所見 ————

癌陽性コア数 : ( / )

グリソンスコア: \_\_+\_ =\_

手術記録 一

年 月 日 手 術 日

術

式:根治的前立腺全摘除術

開腹手術(恥骨後式・経会陰式手術)

腹腔鏡下手術

腹腔鏡下小切開手術

ロボット補助下腹腔鏡下手術

海綿体神経温存:無・片側・両側

— 摘出標本病理所見 —————

組織型:グリソンスコア 十 =

pT \_\_\_\_ p N \_\_\_\_ p M \_\_\_\_

cap (+, -) ew (+, -) ly (+, -)

v (+, -) pn (+, -) sv (+, -)

ur (+, -) b (+, -) r (+, -)

リンパ節転移 無・ 不明

有(/部位

補助療法 有(術前・術後)・無

内分泌療法 (右項参照)

内分泌療法 一 病期:T \_\_ N \_\_ M \_\_ (転移部位 ) Stage \_\_\_\_ 精巣摘除術:有(年の月の日)・無 LH-RH 製剤( 年 月 日より開始 抗アンドロゲン薬 ) 年月日~ 年月日 ) 年 月 日~ 年 月 年月日~年月日 エストロゲン製剤 ( 年月日~ 年月日 ステロイド ) 年月日~ 年月日

合併症に対する治療

尿失禁 無 • 有( 治療

排尿困難 無 有 (治療

ED 無 有 (治療

骨粗鬆症 無 • 有( 治療

その他特記事項

	全摘	除術			内分泌	<b>必療法</b>			
	腹腔 小切	開手術	— □ 抗ア	術 ( RH アゴニスト ンドロゲン薬 ホルモン		月	日)	)	
	1 年	F目	許容範囲	医療セン	/ター 年 月 日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日		年日
	目	標	<b>♦</b>		PSA が 0.2 強い排尿障		早せず経過す	ける	
		PSA	< 0.2 < 2.0					又工	
	厅	AST	正常上限の 3倍	No target	M 48 65	月 日) ) ) ) ) 1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 年 年 年 月 日 月 日 月 日			
	疫機	ALT					) ) ) ) 2ヶ月 3ヶ月 年 年 月 日 月 日		
	(機関で	ALP	正常上限の 2.5 倍	切響手術				) ) 3ヶ月 年 年 日 月 E	
あ	記							- 1	
□ □ □ ■				1.15.18					
				SHALL SECTION					
態	ご白	ほてり・発汗	軽度						
	身で	尿もれ							
	記入一	排尿困難					1		
	して下	体重	前回より 士 1kg 以内					) ) 3ヶ月 月	
	さい								
医 7		検査	採血						P
200	公安	注射					(B)		
ンクリタリ	<b>-</b>	/口/京	処方						
I E	<u>医</u> •		体重測定	1 - 1					
実施	THE PS AS AL	指導など	運動指導		3				
欄			残薬確認						
								_	

Ę	<b>専門施設への</b>	再受診の基	準		かかりつに	け医の方へ	ALS:			
全	摘除術後 または 引	: PSA ≧ 強い副作用	0.2	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です						
内分	予泌療法中 または 引	: PSA ≧ 強い副作用	≟ 2.0	3ヶ月毎の水色欄は必須です						
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10 ヶ月	11 ヶ月			
年	年	年	年	年 第 年		年	年			
月日	77	月日	100000	20,0000 100,000	the same of the same of the same	39.28% 25.9%	月日			
	$\Diamond$	内分泌療法		0 以上に上		ける				
			- 小座小儿四天庄	ф <u> </u>	34.440					
					(005.23.4)					
					188					
					10.0001 3254					
					ates					
							<u> </u>			
					M.S.					
					18.5					
					15 111					
					SERVE					
					Watte 8					
					es estat da					

	全摘	除術			内分泌	必療法		
	腹腔 小切	摘除術 鏡下手術 開手術 ット手術	□ 抗ア	術 ( RH アゴニスト ンドロゲン薬 ホルモン	年 ( ( (	月	目)	) )
2	2 左	F目	許容範囲	医療セン	ター 年 月 日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日	3ヶ月 年 月 日
	目	標	<b>♦</b>	全摘除術後:P :強		2 以上に上身 章害がない	早せず経過で	ける
		PSA	< 0.2 < 2.0					
	医	AST	正常上限の 3倍					
	<b> </b>	ALT						
	機関で	ALP	正常上限の 2.5 倍					
あなたの状態	で記入							
態	ご白	ほてり・発汗	軽度					
	1身で	尿もれ						
	記入上	排尿困難						
	ご自身で記入して下さい	体重	前回より 土 1kg 以内					
	さい							
医力		検査	採血	5'				
療り	)	治療	注射					
ンター	フ ナ 天	74135	処方					
療センターの実施欄がりている。	•		体重測定					
夫 施		指導など	運動指導					
作刺			残薬確認	2 2				

専	門施設への	再受診の基	準		かかりつい	をの方へ				
全指	育除術後 :	: PSA ≧ 強い副作用	0.2	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です						
内分:	泌療法中 または 弱	: PSA ≧ 蛍い副作用	2.0	3ヶ月毎の水色欄は必須です						
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月 9ヶ月 10ヶ月			11 ヶ月			
年	年	年	年	年	年	年	年			
月日	月 日	月日	月日	月日		月日	月日			
		内分泌療法	: PSA が 2.0 : 継続困難な	0 以上に上類 な副作用が無	昇せず経過す 無い	- る				
					1, 187					
					77.0					
					3.8(1.1)					
					E31					
					1957					
					716					
					partie 7					
					April 10					

	全摘除術	Ī					内分泌	必療法					
□ A	開腹摘除 腹腔鏡下 小切開手 コボット	手術		抗ア	RHア	ゴニス ゴニス コゲン専	年 ( ( (	F	l	日)		)	
3	年目	1	許容針	節囲	中山山	医療セ	年月日	1 5	r月 年 日	2ヶ	月年日	3 /2	r月 年 日
E	目標	E .		<b>♦</b>	全摘隊		A が 0. \排尿障			早せず糸	圣過で	する	
	F	PSA	< 0.2 <	< 2.0									
		AST	正常上	限の3倍									
	療が	ALT											
	関	ALP	正常上	限の.5倍									
あ	医療機関で記入												
あなたの状態							Salan J						
の状													
態	ごしまて	り・発汗	軽照	度									
	身で	えもれ											
	影排	尿困難											
	で自身で記入して下さい 排脈	本重	前回。 士 1kg	以内									
	さい												
医が		食査	採』	'n									-
療がセり		台療	注身	4									_ 1
ンタけ		口7只	処プ	<u>ל</u>								li .	
医療センターの実施欄ががりつけ医・			体重测	則定								way Sett	
美 施	指達	尊など	運動技	旨導									
楠			残薬研	在認									

専	門施設への	再受診の基	準		かかりつに	け医の方へ				
全指		: PSA ≧ 強い副作用	0.2	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です						
内分		: PSA ≧ 鱼い副作用	2.0	3ヶ月毎の水色欄は必須です						
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10 ヶ月	11 ヶ月			
年	年	年	年	年	年	年	年			
月日	月日	月日	月日	月日		月日	月日			
	⟨¬I		: PSA が 2.0 : 継続困難な		昇せず経過す 無い	る				
					05 50					
					cottled the land					
					gMiss					
					V					
			7							
					10.25					
					(銀貨					
					- 32					
					数距离节					
					MARK					

3	全摘	除術			内分泌	<b>必療法</b>	19	
	腹腔 小切	摘除術 鏡下手術 開手術 ット手術	□ 抗ア	術 ( RH アゴニスト ンドロゲン薬 ホルモン	年 ( ( (	月	日)	) )
4	白	F目	許容範囲	医療セン	年月 日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日	3ヶ月 年 月 日
[	∄	標	<b>♦</b>	全摘除術後:P :強	SA が 0.2 い排尿障	2 以上に上昇 き害がない	早せず経過で	する
		PSA	< 0.2 < 2.0					
	厍	AST	正常上限の 3倍					
	療物	ALT						
機関で	ALP	正常上限の 2.5 倍						
医療機関で記入となたの状態								7
態	ご白	ほてり・発汗	軽度					
	身で	尿もれ						
	記入し	排尿困難						
	ご自身で記入して下さい	体重	前回より 土 1kg 以内					
	11							
医力	),	検査	採血					
澄 九	療がセリ		注射			1		10 10-11-
ンタリ	医療センターの実施欄 かかりつけ医・ 指導など		処方					
I B	<u>E</u>		体重測定					
実施		指導など	運動指導					
檷			残薬確認					

	専門施設	への	再受診の基	:準		かかりつい	け医の方へ					
全			: PSA ≧ 強い副作用	0.2	REET H	この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です						
内·	分泌療法		: PSA à 蛍い副作用	≧ 2.0		3ヶ月毎の水色欄は必須です						
4ヶ月	5ヶ	月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月 10ヶ月 1						
í	年 年 年				年 年	年	年	至				
月日	3 月		月日				月日	月日				
		$\Diamond$ I	内分泌療法	: PSA が 2 : 継続困難	2.0 以上に上 な副作用が	:昇せず経過で無い	する					
				1,21,32,21,31		02120						
						Date of the second						
				7		255.43						
						10.32						
						10.83						
						70.50						
						活無能不						
						<b>建装数</b> 型						
						SMITHS						

1	全摘	除術			内分泌	<b>邊療法</b>		
	腹腔 小切	摘除術 鏡下手術 開手術 ット手術	□ 抗ア	術 ( RH アゴニスト ンドロゲン薬 ホルモン	年 ( ( (	月	日)	)
5	白	F目	許容範囲	医療セン	g 年 月 日	1ヶ月 年 月 日	2ヶ月 年 月 日	3ヶ月 年 月 日
	目	標	♦	È摘除術後:₽ ∶強		2 以上に上昇 達害がない	早せず経過で	する
PSA			< 0.2 < 2.0					
AST		正常上限の 3倍						
	医療 ALT 機							
機関		ALP	正常上限の 2.5 倍					
あなたの状態	で記入							
態	ご白	ほてり・発汗	軽度					
	身で	尿もれ						
-	記入一	排尿困難						
	ご自身で記入して下さい	体重	前回より 土 1kg 以内					/
	さい							
医力	ρı	検査	採血					
療力	)	治療	注射					
ンター	つけ	/口7京	処方					
医療センターの実施欄	<u>大</u>		体重測定					
美 施		指導など	運動指導					
種			残薬確認					

	専	門施設	への	再受診の	の基	準		Į.	443	かかりつい	大医の方	ī^		
	全描			: PSA 針い副作		0.2		この許容範囲は CTCAE4.0 の grade1 です						
	内分			: PS áい副作		2.0		3ヶ月毎の水色欄は必須です						
4ヶ.	月	5ヶ	月	6ヶ)	月	7ヶ.	月	8 ケノ	<b>=</b>	9ヶ月	10 ケ	月	11 ヶ月	
	年		年	P	年		年		年	年		年		年
月						日		日		月	日	月	日	
	◇内分泌療法:PSA が 2 :継続困難										る			
										- (C)				
										NAME OF LA				
										GRUSS.				
				1										$\neg$
										A THE STREET, NO.				
				12.5						, fal sit				_
				3/54				-		1945				
	2575								70.00					
				19 6	党					THEF				
				383						學排煙至				
				8356						及銀鐵號				

# 前立腺全摘除術後の記入例

1	全摘	除術	内分泌療法						
	腹腔 小切	摘除術 鏡下手術 開手術 ット手術	□ 抗ア	術 ( RH アゴニスト ンドロゲン薬 ホルモン	年 ( ( (	月	日)	8	) )
			医療セン	<b>4</b> -	1ヶ月	25	月	3ヶ月	
	1 年	目	許容範囲	# #	24 年	名		,, 年	24 年
				7 )	Contract of the Contract of th	月 E		日	10月1日
	目	標	♦3	:摘除術後: P : 強	SA が 0. い排尿	2 以上に」 算害がない	上昇せす約	径過7	<b>する</b>
		PSA	<0.2 < 2.0	0.009					0.010
	医	AST	正常上限の 3倍						
	療	ALT							
	医療機関で記入	ALP	正常上限の 2.5 倍						
あ									
なた									
あなたの状態								1.5	
態	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度						·ターで ます。
		尿もれ		±			ED.	<b>\\</b> \\	490
	1111	排尿困難		_					_
	て下	体重	前回より 土 1kg 以内						_
	い								
医か		検査	採血	<b>/</b>					<b>✓</b>
療:	か	خد ک	注射						
シャー	つけ	治療	処方						
0	<u>医</u>		体重測定						
の実施欄		指導など	運動指導	1					<b>✓</b>
			残薬確認						

# あなたの治療内容

# 内分泌療法の記入例

	全摘	除術	内分泌療法					
	腹腔 小切	摘除術 鏡下手術 開手術 ット手術	✓ 抗ア	術 ( RH アゴニスト ンドロゲン薬 ホルモン		月 ュープリン カルタミド	日)	)
1年目		許容範囲	医療センタ <b>7</b> 月	24 年	1ヶ月 <b>24</b> 年 8月9日	2ヶ月 <b>24</b> 年 <b>9</b> 月 <b>11</b> 日	3ヶ月 <b>24</b> 年 <b>10</b> 月 <b>2</b> 日	
	目	標	◇F	n分泌療法:PS :継		D 以上に上り い副作用が無		する
		PSA	< 0.2 < 2.0	0.140				0.150
	医	AST	正常上限の 3倍	35				45
	療機	ALT		38				49
	関で	ALP	正常上限の 2.5 倍	176				216
あか	療機関で記入							
なたの状態								
次						压袋工	2ンターで	
態	ご自身で記入して下さい	ほてり・発汗	軽度	±			シンダーで 、します。	±
		尿もれ		_		HOY	70	) –
	入し	排尿困難	J					
	て下さ	体重	前回より 土 1kg 以内	59kg				60kg
	(1							
医療	かか	検査	採血	1				<b>✓</b>
セ	りつ	治療	注射	7/10		8/9	9/11	10/12
ンター	け 医		処方	<b>/</b>		1	<b>~</b>	1
	•		体重測定	<b>/</b>				<b>/</b>
実施欄		指導など	運動指導	<b>/</b>				1
			残薬確認	/				<b>/</b>

# 通信欄

-

# 通信欄

年.月	コメント	サイン

# 通信欄

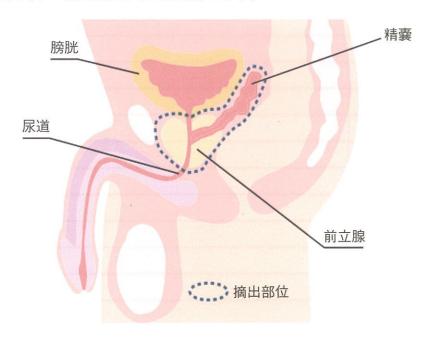
年.月	コメント	サイン
***************************************		
		/

# 通信欄

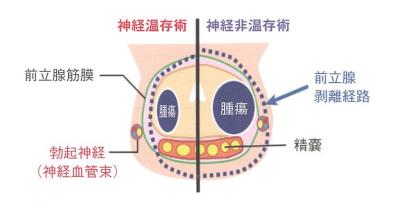
年.月	コメント	サイン
		*******
		*************
		*************

## 手術(前立腺摘除術)の説明

前立腺と精嚢を摘出し、尿道を膀胱と縫合する手術です。同時に、周辺のリンパ節を摘出することもあります。



勃起神経を温存する手術としない手術があります。



### 手術後の主な合併症

### ● 勃起不全

- 一 神経温存を行わなかった場合は必発です。
- 一神経温存を行った場合は回復が可能です。 (回復しないこともあります)

### ● 尿失禁

一 多くは数ヶ月で改善します。

### ● その他、術後に起こる副作用

- 一 吻合部狭窄 尿の出が悪くなることがあります。
- 鼠径ヘルニア 鼠径部に腸が飛び出してくることがあります。 いずれも処置が必要になる場合がありますので担当の先生に伝 えてください。

### 外来での注意点

- 手術をしても残念ながら再発する場合があります。担当の泌尿器科の先生、ならびにかかりつけの先生の指示に従って PSA の定期的な測定を施行してください。
- この手帳は術後 5 年までとなっていますが、5 年以降に再発することもあります。5 年経過したら、担当医からその後の経過観察の方法について説明をうけ、相談してください。

### ホルモン療法の説明

### ● 前立腺がんのホルモン療法

前立腺がんは、男性ホルモン依存性のがんです。男性ホルモンを減らすか、その作用を抑えることにより前立腺がんを治療するのがホルモン療法です。ホルモン療法には、精巣からの産生を絶つ方法(去勢術)、男性ホルモンが前立腺がん細胞に取り入れられるのをブロックする抗アンドロゲン薬を用いる方法、両者を併用する方法combined/maximum androgen blockade (CAB または MAB) 療法があります。

ホルモン療法は、がんの分化度によって効果が異なり、分化度の高い(グリソンスコアが低い)がんではホルモン療法がよく奏功し、逆に、分化度が低い(グリソンスコアが高い)がんでは、短期間でホルモン療法が不応となる傾向が認められます。

### ● 去勢術

精巣由来の男性ホルモンを除去する方法です。両側精巣を手術によって摘除する「外科的去勢術」と、LH-RH アゴニスト(★)という薬を使って精巣の男性ホルモン産生を抑制する「内科的去勢術」があります。LH-RH アゴニストには 1 ヶ月ごとの皮下注射が必要なものと、3 ヶ月ごとの皮下注射で済むものがあります。

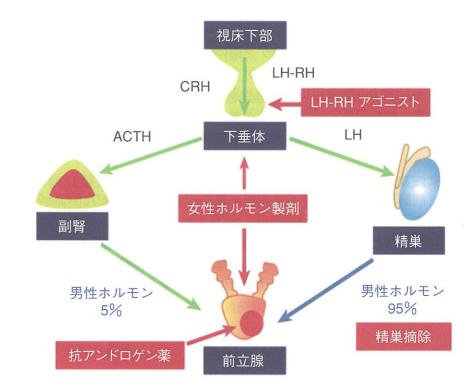
### ● 去勢の副作用

去勢の副作用には、男性ホルモン低下に起因する諸症状である、勃起障害、性欲低下、体のほてりと発汗(hot flash)、関節痛、肥満、筋力低下、耐糖能低下、高脂血症、貧血、骨粗鬆症などがあります。 長期投与の際には注意が必要です。

### ホルモン療法の説明

★血液中の男性ホルモンの 95%は精巣で、5%は副腎で造られます。 精巣の男性ホルモンは、脳にある下垂体から分泌される黄体形成ホルモン(LH)の刺激によって産生されます。下垂体の LH 産生は、脳の 視床下部から産生される黄体形成ホルモン放出ホルモン (LH-RH) に より刺激されます。

LH-RH アゴニストは、下垂体での LH 産生を抑制して、精巣の男性ホルモン分泌を抑える薬です。



### ホルモン療法の説明

### ● 抗アンドロゲン薬

抗アンドロゲン薬は、基本的に、男性ホルモンが前立腺がんの男性ホルモン受容体に結合するのを阻害し、抗腫瘍活性を発揮する薬剤です。これには、非ステロイド性のものと、ステロイド性のものがあります。単剤で使用されることもありますが、LH-RH アゴニストと併用して使用されることが多い薬剤です。

非ステロイド性抗アンドロゲン薬の副作用には、女性化乳房、乳 房圧痛、肝機能障害(特に、オダインで注意が必要)、下痢、勃起 力低下などがあります。

ステロイド性抗アンドロゲン薬の作用機序には、抗アンドロゲン作用に加え、間脳下垂体系に対するネガティブフィードバック機構があります。副作用には、血栓形成、体液貯留(心不全)、肝機能障害、耐糖能異常が現れることがあるので注意が必要です。その他には、女性化乳房、乳房圧痛、勃起力低下、性欲低下などがあります。

### ● 女性ホルモン製剤

間脳下垂体系に対するネガティブフィードバック及びその他の作用により効力を発揮します。

副作用として、血栓形成、体液貯留(心不全)などの心血管系障害には特に注意が必要です。その他には、肝機能障害、耐糖能異常、女性化乳房、乳房圧痛、勃起力低下、性欲低下などがあります。

### PSA の説明

### Q1:PSA とは何ですか?

A1: PSA は Prostate Specific Antigen の略で日本語では前立腺特異抗原と言い、主に前立腺上皮細胞で生成される糖タンパクの一種です。PSA は前立腺液として精液中に分泌され、その凝固を阻止して、精子の運動性を助け、受精を助ける役目をもつものですが、血液中の PSA を測定すると前立腺 の腫瘍マーカー(後述)として用いることができます。

### Q2:腫瘍マーカーとは何ですか?

A2: 腫瘍マーカーはがん細胞の出現、その後の増加や減少を把握する 目安となり得る物質のことです。よって、これを測定することで、 がんの有無の診断、がんの経過の追跡、がん治療後の再発の有無の 判定に役にたちます。前立腺がんでは血液中の PSA 値が腫瘍マー カーとなります。

### Q3:前立腺治療後の PSA でどのようなことがわかるのですか?

A3: 前述のように治療後に腫瘍マーカーである PSA を測定すると、前立腺がんの再発・再燃を早期に診断することができます。この早期とは、他のどの診断法よりも早い時期です。よって、基幹病院の専門医も経過観察には先ず PSA を測定し、この値から再発・再燃を疑います。これは、地域のかかりつけ医でも基幹病院の専門医でも同じ基準で判断しますから診断精度は同じです。

\*具体的な基準はがんの治療法により異なります。

# — MEMO —

### --- MEMO ----

*	

### この手帳の使い方について ――

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。 紛失しないように大切に取り扱って下さい。

手帳の記入は、患者さんと医療者が共同して行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、3,4ページのお名前・アレルギー・既往歴などを記入して下さい。7ページ以降の診療結果(採血データなど)についてはご覧いただき、ご自分の病状把握に努めてください。

高知医療センターの先生は、5,6ページの記載をお願いします。また、7-16ページの診療検査予定表は、17,18ページの記入例に従って、専門施設・かかりつけ医・患者さん自身がそれぞれの場所を記入して下さい。

検査予定表に入らない情報は 19-22 ページの通信欄にご 記入ください。通信欄に書き切れない場合は、診療情報提 供書をご利用下さい。

> 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター がんセンター がん地域連携パス運用委員会