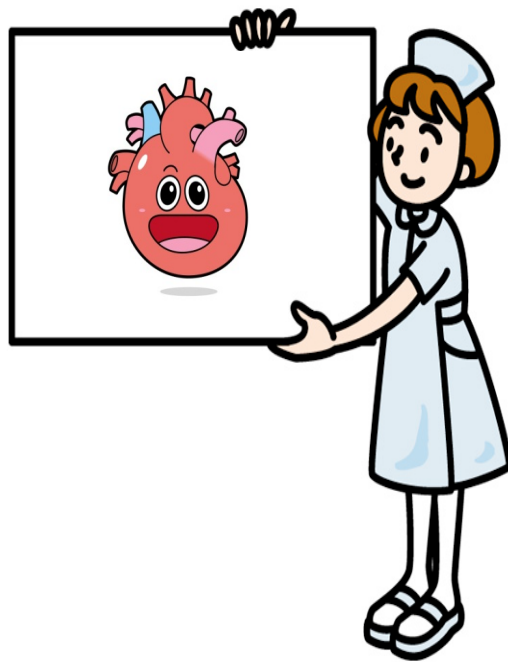


中濃地域連携パス



あなたのお名前

このファイルは大切に保管してください

かかりつけ医用

中濃地域連携クリニカルパス 運用依頼書

【対象疾患：狭心症・心筋梗塞】

依頼先

先生御侍史

木沢記念病院

担当医師

謹啓

平素は、お世話になり有り難うございます。

さて、近年、医療連携の重要性が認識され、円滑な医療連携を行うために地域連携クリニカルパス(以下、連携パス)が活用されつつあります。このような状況において、木沢記念病院におきましても、地域としての医療機関の機能分化を明確にし、連携パスを用いることによって医療レベルの向上を図り、共同診療を行うことにより狭心症・心筋梗塞の再発防止に有効な治療を受けていただくことが重要であると考え、連携パスを作成しました。

つきましては、趣旨をご理解いただきました上で、下記の患者さんにおいて、先生と本連携パスに則って共同診療をさせていただきたく、依頼申し上げます。

なお、連携パスの運用などに関してご不明な点がございましたら、当診療科、あるいは当院地域連携課までお問い合わせ頂ければ幸甚に存じます。

謹白

記

患者氏名 :

年齢 歳

病院カルテNo. :

性別 :

使用する連携パス：狭心症・心筋梗塞地域連携パス

パス登録番号

患者様用

退院される患者様 および ご家族の皆様へ
「狭心症・心筋梗塞地域連携パス」について

この度、木沢記念病院（以下、当院）に心疾患のため入院され、安定した状態となりました。この状態を保つためには、ご自分の病状に応じて必要な診察や検査を計画的に受けていただくことが大切です。

今後の定期的な受診については、心疾患からくる合併症の発症、進展を予防するために、当院医師とかかりつけ医が同じ診療計画のもとに共同して心疾患の管理・診療を行います。その共同の診療計画が決められているのが「狭心症・心筋梗塞地域連携パス」です。ひとりひとりの方々に必要な診察と検査を十分に盛り込んであり、それに基づいて定期的にかかりつけ医と当院を交互に受診していただければ確実な診療を受けることが可能です。

また、この連携パスを活用することで、患者さんにとっても長い待ち時間や通院の時間の短縮など負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

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大型医療機械検査（320列CT）は当院が行います。また、緊急を要する場合や休日、夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、当院までご連絡ください。ちょっとしたケガや風邪など日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて当院を受診していただきます。

この「連携パス」を活用することで、当院と地域のかかりつけ医が協力して、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を作ることを目指しています。

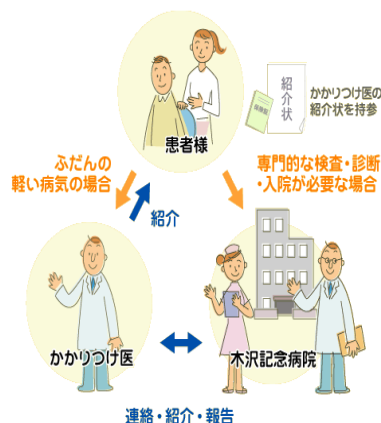
「狭心症・心筋梗塞地域連携パス」は次の内容で作られています。

- 1) パスのご案内・同意書
- 2) 運用要項
- 3) パスシート
- 4) その他

以上の地域連携パスの詳しい内容や使い方については担当医師が説明します。なお、受診の際には、必ずこの連携パスをご持参ください。ご不明な点がございましたら、当院地域連携課までお問い合わせください。

お問い合わせ：木沢記念病院 地域連携課

TEL (0574)24-1455 FAX (0574)24-1475



病院控え

同 意 書

木沢記念病院 病院長 殿

このたび、私は狭心症・心筋梗塞地域連携パスの利用について、担当医、スタッフから説明を受け、よく理解しました。

狭心症・心筋梗塞地域連携パスの利用について同意します。

『患者本人』 同意日 平成 年 月 日

患者氏名

(代筆)

(続柄)

私は狭心症・心筋梗塞地域連携パスの利用について説明し、同意を頂きました。

『医 師』 同意日 平成 年 月 日

説明医師

『説明補助者』 同意日 平成 年 月 日

【看護師／相談員／地域連携パスコーディネーター】

説明者

かかりつけ医・病院用

急性心筋梗塞中濃地域連携パス 運用要項

【目的】

- 1) 地域としての医療機関の機能分化を明確化し、連携パスを用いる事によって医療レベルの向上を図る。
- 2) 連携の目的は、急性心筋梗塞後の心事故発生の予防とする。

【症例】

急性期に再灌流治療をうけ、NYHAⅡ度以下の心不全症状の軽い急性心筋梗塞患者とする。

【基本原則】

- 1) パスへの登録症例は木沢記念病院(以下、病院)側で決定する。
- 2) パス用紙は、退院時に患者様に渡し、診察時に持参していただくようにする。
- 3) 主要な投与薬剤は病院側で決定する。(後発医薬品への変更は可能)
- 4) 安静度の表現は、各施設の基準に従って行う。
- 5) 外来通院中は、施行可能な検査はかかりつけ医で実施計画に従い施行する。
- 6) 最低限必要な血液検査、心電図検査の実施計画は、病院側で指定する。
- 7) 血液検査測定項目は以下を含む(別紙血液検査スケジュール表を参照)。

血 球 数 ; WBC, RBC, Hb, Ht, Plate

肝 機 能 ; AST, ALT, γ GTP, T, Bil

腎 機 能 ; BUN, Cr

血清脂質 ; T-Chol, HDL-Chol, TG

注 : ステントが留置された場合は抗血小板薬の投与が必須となる。基本はアスピリン製剤とチエノピリジン誘導体(チクロピジンまたはクロピドグレル)の併用で、チエノピリジン誘導体の併用が不可能な場合は、シロスタゾールを代用とする。

チエノピリジン誘導体については、血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)、無顆粒球症、返篤な肝障害等の重篤な副作用が知られており、投与開始後2カ月間は、原則として1回2週間分の処方とし、2週に1回の定期的検査(血液、肝機能)を行うこととなっており、この副作用について十分留意すること。

- 8) 胸部X線検査、心エコー検査は施行可能な施設でのみ行う。
- 9) 心臓カテーテル検査再検査の実施計画は病院側で指定する。
- 10) 次回の心臓カテーテル検査再検査の日時予約は、退院時に病院で行い、パス用紙に記入する。
- 11) かかりつけ医は、血液検査結果および他の検査結果〔心電図検査所見、胸部X線所見(施行可能施設)、心エコー検査所見(施行可能施設)〕を、心臓カテーテル検査時に病院側に診療情報提供書として提供する。
- 12) 病院は、心臓カテーテル検査再検査終了後すみやかに、かかりつけ医に検査結果およびそれに伴う治療の変更・安静度の変更などの有無・内容と、次回の心臓カテーテル検査の予定を情報提供する。
- 13) 定期的診察、薬剤投与、日常の管理はかかりつけ医が行う。
- 14) かかりつけ医、病院ともに、診察時にはパスのチェックボックスにチェックを入れる。検査を施行した時は検査項目と検査結果説明のチェックボックスにチェックを入れる。治療薬剤、食事、安静度に変更があった場合には、その旨記載する。
達成目標で達成できないものがあった場合、検査予定で検査できないものがあった場合、観察項目で所見があった場合は、パスの逸脱(バリエーション)とし、その内容を記載する。(内容が重篤でない場合は、パスからの脱落にはならず、継続可とする。)
- 15) パスの逸脱(バリエーション)の内容が重篤で、パスの継続が困難になった場合は、パスは終了とし、速やかに相互連絡をとり情報を提供する。
- 16) パスの運用期間は、患者様の状態に応じて病院側で決定する。
- 17) 1年目に心臓カテーテル検査を行わない場合も、1年目に患者様に病院を受診していただく。

【注意点】

- 1) 病院側の地域連携課はパス登録患者を把握し、かかりつけ医で施行可能な検査の確認、かかりつけ医への心臓カテーテル検査再検査の事前連絡、再検査実施の確認、パスからの脱落の発生の確認を行う。
- 2) 一定の症例数が経過した時点で、パスの内容、運用効果について検討・評価を行なう。

【急性心筋梗塞発症後血液検査スケジュール】

チクロピジンまたはクロピドグレルが新たに投与された場合

	1ヶ月目	1.5ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	6ヶ月目	9ヶ月目	12ヶ月目
血球数	○	○	○	○	○	○	○
肝機能	○	○	○	○	○	○	○
腎機能	○	○	○	○	○	○	○
その他	適宜、冠危険因子、CKなどをチェック						

血球数；WBC, RBC, Hb, Ht, Plate

肝機能；AST, ALT, γ GTP, T, Bil

腎機能；BUN, Cr

チクロピジンまたはクロピドグレルが新たに投与されていない場合

	1ヶ月目	1.5ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	6ヶ月目	9ヶ月目	12ヶ月目
血球数	○			○	○	○	○
肝機能	○			○	○	○	○
腎機能	○			○	○	○	○
その他	適宜、冠危険因子、CKなどをチェック						

患者氏名 ()	様	狭心症心筋梗塞中濃地域連携パス① 発症から3ヶ月 木沢記念病院ID	登録番号
-------------	---	-----------------------------------	------

木沢記念病院 _____ 拝

診断名: □狭心症(# : %) □急性期心筋梗塞(# : %)

発症部位: 急性心筋梗塞(前壁・中隔・下壁・側壁・後壁)

ステント 有(金属性 薬剤溶出性) ・無 _____

合併症 高血圧 糖尿病 高脂血症 その他 _____

かかりつけ医療機関

担当医 _____ 先生

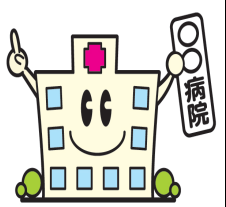
かかりつけ医カルテID (_____)

連携パスの中断

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

理由

実施施設	木沢記念病院	木沢記念病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
術後経過月数	入院日	退院日(日 月)	1ヶ月	1. 5ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
来院日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
達成目標 (アウトカム)	症状がない ☐		☐	☐	☐	☐
	血液検査異常がない ☐		☐	☐	☐	☐
	再狭窄・新規病変がない ☐					
	検査合併症がない ☐					
検査結果説明	☐		☐	☐	☐	☐
検査項目 (医師記入)	□血液検査 □心電図 □胸部X-P □心エコー検査 □心臓カテーテル 検査 治療	□血液検査 □心電図 □胸部X-P □心エコー検査 □心臓カテーテル 検査 治療 □運動負荷試験	□血液検査 □心電図 □胸部X-P	□血液検査 □心電図 □胸部X-P	□血液検査 □心電図 □胸部X-P	□血液検査 □心電図 □胸部X-P
治療項目	□バイアスピリン 100mg 再発防止のため生涯服用してください □プラビックス 75mg 血栓症予防のため(ヶ月以上・生涯)服用が必要です □パナルジン 75mg 血栓症予防のため(ヶ月以上)服用が必要です □プレタール 200mg 血栓症予防のため(ヶ月以上)服用が必要です □					
食事に関して	塩分制限	g ・ なし				
	水分制限	ml ・ なし				
	カロリー制限	Kca ・ なし				
運動について	□運動制限 あり ・ なし					
体調管理のポイント (患者さんが記入)	□胸が痛い	□胸が痛い	□胸が痛い	□胸が痛い	□胸が痛い	□胸が痛い
	□動悸がある	□動悸がある	□動悸がある	□動悸がある	□動悸がある	□動悸がある
	□息切れがする	□息切れがする	□息切れがする	□息切れがする	□息切れがする	□息切れがする
	□ふらつきがある	□ふらつきがある	□ふらつきがある	□ふらつきがある	□ふらつきがある	□ふらつきがある
	□めまいがする	□めまいがする	□めまいがする	□めまいがする	□めまいがする	□めまいがする
	□薬の副作用	□薬の副作用	□薬の副作用	□薬の副作用	□薬の副作用	□薬の副作用
	□問題なし	□問題なし	□問題なし	□問題なし	□問題なし	□問題なし

患者氏名 ()		様 狭心症心筋梗塞中濃地域連携パス② 6ヶ月から12ヶ月		木沢記念病院ID		登録番号	
実施施設	かかりつけ医	木沢記念病院	かかりつけ医	かかりつけ医	木沢記念病院		
術後経過月数	6ヶ月	6(9)ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	12ヶ月		
来院日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
達成目標 (アウトカム)	☐ 症状がない	☐	☐	☐	☐		
	☐ 血液検査異常がない	☐	☐	☐	☐		
		☐ 再狭窄・新規病変がない			☐		
		☐ 検査合併症がない			☐		
検査結果説明	☐	☐	☐	☐	☐		
検査項目 (医師記入)	☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 胸部X-P	☐ 冠動脈CT ☐ 心臓カテーテル 年 月 日 予約 ☐ 心エコー検査 ☐ 運動負荷試験	☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 胸部X-P	☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 胸部X-P	☐ 冠動脈CT ☐ 心臓カテーテル 年 月 日 予約 ☐ 心エコー検査 ☐ 運動負荷試験		
治療項目	☐ バイアスピリン 100mg 再発防止のため原則的に生涯服用してください ☐ プラビックス 75mg 血栓症予防のため(ヶ月以上・生涯)服用が必要です ☐ パナルジン 75mg 血栓症予防のため(ヶ月以上)服用が必要です ☐ プレタール 200mg 血栓症予防のため(ヶ月以上)服用が必要です ☐					 ◇かかりつけ医への受診間隔はかかりつけ医の指示どおりに！ ◇検査のうち、かかりつけ医で行った分は木沢記念病院では省けます。 ◇何かあればまず、かかりつけ医にご相談を！	
食事に関して	塩分制限 g ・ なし 水分制限 ml ・ なし カロリー制限 Kca ・ なし						
運動について	☐ 運動制限 あり ・ なし						
体調管理のポイント (患者さんが記入)	☐ 胸が痛い ☐ 動悸がある ☐ 息切れがする ☐ ふらつきがある ☐ めまいがする ☐ 薬の副作用 ☐ 問題なし	☐ 胸が痛い ☐ 動悸がある ☐ 息切れがする ☐ ふらつきがある ☐ めまいがする ☐ 薬の副作用 ☐ 問題なし	☐ 胸が痛い ☐ 動悸がある ☐ 息切れがする ☐ ふらつきがある ☐ めまいがする ☐ 薬の副作用 ☐ 問題なし	☐ 胸が痛い ☐ 動悸がある ☐ 息切れがする ☐ ふらつきがある ☐ めまいがする ☐ 薬の副作用 ☐ 問題なし	☐ 胸が痛い ☐ 動悸がある ☐ 息切れがする ☐ ふらつきがある ☐ めまいがする ☐ 薬の副作用 ☐ 問題なし	☐ 胸が痛い ☐ 動悸がある ☐ 息切れがする ☐ ふらつきがある ☐ めまいがする ☐ 薬の副作用 ☐ 問題なし	
備考							

患者氏名 ()	様	狭心症心筋梗塞中濃地域連携パス③		木沢記念病院ID	登録番号	
実施施設	かかりつけ医	かかりつけ医	木沢記念病院	かかりつけ医	かかりつけ医	木沢記念病院
術後経過月数	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
来院日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
達成目標（アウトカム）	☐ 症状がない	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 血液検査異常がない	☐	☐	☐	☐	☐
			☐ 再狭窄・新規病変がない			☐
			☐ 検査合併症がない			☐
検査結果説明	☐	☐	☐	☐	☐	☐
検査項目（医師記入）	☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 胸部X-P ☐ 心エコー検査		☐ 心臓カテーテル 年 月 日予約	☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 胸部X-P ☐ 心エコー検査	☐ 血液検査 ☐ 心電図 ☐ 胸部X-P ☐ 心エコー検査	☐ 心臓カテーテル 年 月 日予約
治療項目	☐ バイアスピリン 100mg 再発防止のため原則的に生涯服用してください ☐ プラビックス 75mg 血栓症予防のため(月以上・生涯)服用が必要です ☐ パナルジン 75mg 血栓症予防のため(月以上)服用が必要です ☐ プレタール 200mg 血栓症予防のため(月以上)服用が必要です ☐					 ◇かかりつけ医への受診間隔はかかりつけ医の指示どおりに！ ◇検査のうち、かかりつけ医で行った分は木沢記念病院では省けます。 ◇何かあればまず、かかりつけ医にご相談を！
食事に関して	塩分制限	g	・ なし			
	水分制限	ml	・ なし			
	カロリー制限	Kca	・ なし			
運動について	☐ 運動制限 あり ・ なし					
体調管理のポイント (患者さんが記入)	☐ 胸が痛い	☐ 胸が痛い	☐ 胸が痛い	☐ 胸が痛い	☐ 胸が痛い	☐ 胸が痛い
	☐ 動悸がある	☐ 動悸がある	☐ 動悸がある	☐ 動悸がある	☐ 動悸がある	☐ 動悸がある
	☐ 息切れがする	☐ 息切れがする	☐ 息切れがする	☐ 息切れがする	☐ 息切れがする	☐ 息切れがする
	☐ ふらつきがある	☐ ふらつきがある	☐ ふらつきがある	☐ ふらつきがある	☐ ふらつきがある	☐ ふらつきがある
	☐ めまいがする	☐ めまいがする	☐ めまいがする	☐ めまいがする	☐ めまいがする	☐ めまいがする
	☐ 薬の副作用	☐ 薬の副作用	☐ 薬の副作用	☐ 薬の副作用	☐ 薬の副作用	☐ 薬の副作用
	☐ 問題なし	☐ 問題なし	☐ 問題なし	☐ 問題なし	☐ 問題なし	☐ 問題なし
備 考						

患者様用

検査伝票コピー貼り付け欄

医師があなたの健康状態を診断する上で重要なデータです。

受診時には検査伝票のコピーを下記貼付欄に貼り付けましょう。

また、受診時には必ず医師へ提出しましょう。

中濃地域連携パス F A X 連絡用紙

【ご連絡先】

病院・医院・クリニック
部署名
先生御侍史

【発信元】

病院・医院・クリニック	
氏名	部署名
TEL	FAX

かかりつけ医
木沢記念病院

患者氏名

様

パス登録番号 ()

- 連絡日 平成 年 月 日
- 連絡項目 (☐ 定時 ☐ 緊急 ☐ 事務連絡)
- 返信の要否 (☐ 要 ☐ 否)
- 貼付資料 (☐ あり ☐ なし)
- あり → (☐ 検査データ ☐ その他)

●連絡項目

- ☐ パス () ヶ月後の状況
 達成目標(アウトカム)を達成 (☐ 出来た ☐ 出来なかった)
 → 出来なかった場合の理由
☐ パスの逸脱項目(バリエーション)のため → 下記に記入
☐ その他 → 下記に記入
☐ その他問題点・不明点の連絡 → 下記

--

木沢記念病院
かかりつけ医

●連携部門からの事務連絡

- ☐ 予約確認
 次回の(☐ 検査 ☐ 受診 ☐ 入院 ☐ その他)が以下のように
 予定されておりますので、ご連絡申し上げます。よろしくお願いいたします。

項目 () 日時 平成 年 月 日 ☐ 午前 ☐ 午後 時 分項目 () 日時 平成 年 月 日 ☐ 午前 ☐ 午後 時 分項目 () 日時 平成 年 月 日 ☐ 午前 ☐ 午後 時 分☐ その他事務連絡

--

●返信欄(返信要の場合)

発信元様宛	返信日(平成 年 月 日)
	返信者名() 部署名()