

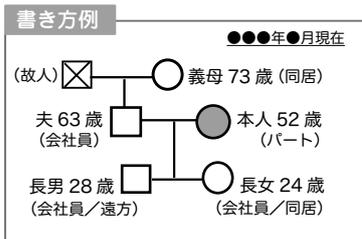
記録ノート



プロフィール

*病院で聞かれたり、問診票などに記載することもあるので、事前準備としてまとめておきましょう。

家族構成 (例を参考に描いてみましょう)



仕事・職種

趣味・好きなこと

血縁者ががんにかかったことがある人 (自分を中心に3親等以内の親族)

いない

誰が：

いる

病名：

嗜好品

アルコール： 飲まない / 飲む [ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー・ワインを 杯本合/日]

タバコ： 吸わない / 吸う [1日 本 / 年間] / 以前吸っていた

既往歴 (入院・手術・1ヵ月以上の通院、大きな病気の経験など)

ない

病名：

(年 月)

ある

病名：

(年 月)

現在治療中の病気

ない

病名：

(年 月)

ある

治療内容 / 薬の名前：

アレルギーや薬物過敏症と言われたこと

ない

具体的に

ある

医師に伝えておきたいこと

- ・
- ・

診断までの経緯

*がんと診断されるまでの経緯を書き留めておきましょう。

最初に異常に気づいたきっかけ・気づいた日

検査歴・受診歴（診断に至るまでの記録）

年月日	病院・施設名	検査・受診の内容	検査の結果／その後の対応

*検査結果を記した記録紙やメモなどがあるときは、ノートの裏面にまとめて貼っておくとよいでしょう。

記入日： 年 月 日

診断結果

* 下記の項目は、治療法を選ぶときの重要な指標となります。分からないことがあったら医師に確認し、その内容を正確に書き留めておきましょう。

がんの種類 (病名)

がんの部位 (がんが発生した場所/転移した場所)

病期/ステージ (大きさ、広がり)

がんの性質 (病理検査で得られた結果)

治療計画（予定している治療法）

*今後予定している治療の内容（概略）についてまとめておきましょう。治療法を選ぶ際は、治療の効果（メリット）だけでなく、副作用や合併症（デメリット）、生活への影響などについても医師に確認しておくといでしょう。

<p><input type="checkbox"/> 手術療法（医療機関名 _____ / 担当医師名 _____）</p> <p>入院日 年 月 日 / 入院期間 約 週間</p> <p>手術日 年 月 日 / 手術にかかる時間 _____</p> <p>内容（概略）</p>
<p><input type="checkbox"/> 放射線療法（医療機関名 _____ / 担当医師名 _____）</p> <p>治療開始日 年 月 日 / 治療期間 約 週間</p> <p>内容（概略）</p>
<p><input type="checkbox"/> 薬物療法（医療機関名 _____ / 担当医師名 _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> その他の薬物療法（ _____ ）</p> <p>治療開始日 年 月 日 / 治療期間 約 週間</p> <p>内容（概略）</p>
<p><input type="checkbox"/> 薬物療法（医療機関名 _____ / 担当医師名 _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> その他の薬物療法（ _____ ）</p> <p>治療開始日 年 月 日 / 治療期間 約 週間</p> <p>内容（概略）</p>
<p><input type="checkbox"/> 薬物療法（医療機関名 _____ / 担当医師名 _____）</p> <p><input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> その他の薬物療法（ _____ ）</p> <p>治療開始日 年 月 日 / 治療期間 約 週間</p> <p>内容（概略）</p>
<p><input type="checkbox"/> その他の治療法（医療機関名 _____ / 担当医 _____）</p> <p>治療名（ _____ ）</p> <p>治療開始日 年 月 日 / 治療期間 約 週間</p> <p>内容（概略）</p>

*セカンド・オピニオンなどで他の医療機関を受診されるときにもお役立て下さい。

手術療法について

*手術を受ける前に、医師から説明を受けたことをまとめておきましょう。

手術法（術式）

切除する範囲・部位（医師が描いた図などがあれば、貼っておきましょう）

手術後に予想される合併症や後遺症

その他、注意しておくこと

入院スケジュール

医療機関名：

担当医師名：

入院日： 年 月 日

手術日： 年 月 日 時～ 時ごろまで

手術にかかる時間：約 時間

入院期間：約 日間 / 退院予定日： 年 月 日

入院の準備で必要なこと：

放射線療法について

*放射線療法を受ける前に、医師から説明を受けたことをまとめておきましょう。

放射線の種類（外照射・内照射）

照射する範囲（医師が描いた図などがあれば、貼っておきましょう）

予想される副作用（早い時期におこるもの・遅い時期におこるもの）／**対処法**

注意しておくこと（治療中・治療後）

治療スケジュール

医療機関名：

担当医師名：

治療開始日：

年

月

日

1回照射量：

グレイ

（合計照射量：

グレイ）

治療回数： 週

回 ×

週間

追加照射： 1回

グレイ×

回（合計

グレイ）

化学療法について

*化学療法を受ける前に、医師から説明を受けたことをまとめておきましょう。

薬の名前など：

併用する薬： ない ある ()

主な副作用／対処法：

治療中に注意しておくこと：

治療スケジュール①

医療機関名：

担当医師名：

治療開始日： 年 月 日

治療名： _____療法

1コース（_____週/日）× _____回

治療期間：約 _____日間 通院/入院（ _____日間）

治療スケジュール②

医療機関名：

担当医師名：

治療開始日： 年 月 日

治療名： _____療法

1コース（_____週/日）× _____回

治療期間：約 _____日間 通院/入院（ _____日間）

ホルモン療法について

*ホルモン療法を受ける前に、医師から説明を受けたことをまとめておきましょう。

医療機関名： **担当医師名：**

薬の名前：

併用する薬： ない ある ()

治療の方法： のみ薬の場合 (1日： 回/1回 錠(朝・昼・夕/食前、食後)
注射薬の場合 (週間ごとに1回)
その他 ()

治療開始日： 年 月 日 / **治療期間：** 約 週/月/年

主な副作用/対処法：

治療中に注意しておくこと：

医療機関名： **担当医師名：**

薬の名前：

併用する薬： ない ある ()

治療の方法： のみ薬の場合 (1日： 回/1回 錠(朝・昼・夕/食前、食後)
注射薬の場合 (週間ごとに1回)
その他 ()

治療開始日： 年 月 日 / **治療期間：** 約 週/月/年

主な副作用/対処法：

治療中に注意しておくこと：

その他の薬物療法について

* その他の薬物療法を受ける前に、医師から説明を受けたことをまとめておきましょう。

医療機関名：

担当医師名：

薬の名前：

併用する薬： ない ある（ ）

治療の方法：

治療開始日： 年 月 日 / 治療期間：約 週 / 月 / 年

主な副作用 / 対処法：

治療中に注意しておくこと：

医療機関名：

担当医師名：

薬の名前：

併用する薬： ない ある（ ）

治療の方法：

治療開始日： 年 月 日 / 治療期間：約 週 / 月 / 年

主な副作用 / 対処法：

治療中に注意しておくこと：

その他の治療法について

*その他の治療を受ける前に、医師から説明を受けたことをまとめておきましょう。

医療機関名：

担当医師名：

治療名：

治療の方法：

治療開始日： 年 月 日 / 治療期間：約 週 / 月 / 年

主な副作用 / 対処法：

治療中に注意しておくこと：

医療機関名：

担当医師名：

治療名：

治療の方法：

治療開始日： 年 月 日 / 治療期間：約 週 / 月 / 年

主な副作用 / 対処法：

治療中に注意しておくこと：

記入日： 年 月 日

診察時に伝えたいこと

*医師から質問されたときスムーズに答えられるように、ご自分の状況をセルフチェックしておきましょう。

期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

体調の変化

食欲：

便通：

睡眠：

体重の変化：

動悸・息切れ：

痛み・しびれ：

むくみ：

疲れ：

気持ちの落ち込み：

その他：

困っていること・気になること： (体調の変化も含めて、診察時に伝えたいこと)

確認しておくこと： (検査の結果、治療について、など)

毎回の受診記録

担当医師名：

受診日： 年 月 日（ 曜日）

- 受診内容：
- 診察（ ）
 - 検査（検査名： ）
 - 処方／投薬（薬の名前： ）
 - 外来化学療法（ ）
 - その他（ ）

先生から得た情報：（検査結果の記録を貼付ける台紙としてもご利用ください）

次回診察時に確認しておくこと：（分からなかったこと、伝え忘れたこと）

次回受診日： 年 月 日（ 曜日） 時

〔検査の予定： 年 月 日（ 曜日） 時〕

記入日： 年 月 日

サポート情報の入手先

*がん診療連携拠点病院の相談支援センターや医療相談室、患者会など、病気と上手に付き合うためのサポート情報を提供している組織や相談窓口などがあれば連絡先を書き留めておきましょう。

なまえ（施設名・団体名など）	連絡・問い合わせ先（電話・FAX・e-mail アドレス）

緊急の連絡先

*緊急時の連絡先を書き留めておきましょう。

連絡先（医療機関名・個人名など）	住所・電話番号

おすすめサイト

*インターネットからも様々なサポート情報が得られます。有用な情報サイトを見つけたら書き留めておきましょう。インターネットの使い方がよくわからない方は、家族や友人、がん診療連携拠点病院の相談支援センターに相談されるとよいでしょう。

おすすめサイト (ホームページ)	主な内容
国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービス http://ganjoho.jp/	がんに関する情報を発信している公的ながん情報サイト。がんの種類ごとに症状や検査、治療などを解説したコーナーや、予防と検診、薬の使い方、緩和ケアなど、がんに関係した様々な項目など参照できます。
がんになっても http://www.az-oncology.jp/	アストラゼネカが運営するサイト。がん患者さんやご家族の声・体験談、がんところどころについて、患者さんと医療者のよりよいコミュニケーションのための情報、医療用語解説など参照できます。

