心血管フォローアップ手帳

心血管フォローアップ手帳

～ がんサバイバーの心血管病をケアするために ～

もくじ

1 心血管フォローアップ手帳とは …… 1
- がんサバイバーとは？

2 患者さんへ、医療従事者の方々へ …… 2
- 本手帳のご使用にあたって

3 使用手順の案 …… 3

4 あなたの大切な情報 …… 4
- かかりつけ医 … 4
- アレルギーの記録 … 5

5 がん治療について …… 6
- がん治療のまとめ … 6
- 心毒性・血管毒性のあるがん治療 … 7-8
- 心臓検査について … 9

6 主な既往歴・合併症 …… 10
- 体内医療機器 … 10-11
- 血栓症 … 12
- がん以外の病気 … 13
- がん以外の手術 … 14

7 その他 …… 15
- 兵庫県がんサポートブック … 15
- 腫瘍循環器とその基本的な考え方 … 16
- MEMO … 17

MEMO

心血管フォローアップ手帳（第1版）

2024年12月

発行：兵庫県がん診療連携協議会

兵庫県立がんセンター　特許出願済

7 その他

～腫瘍循環器とその基本的な考え方～

1. がんサイバイバーの方が 将来的に心臓病、血管病で困らないために
2. 心臓病や血管病を治療中の方が 安全にがん治療が受けられるように
3. がん治療による心毒性、血管毒性を早めに診断して治療できるように

これらのことから **腫瘍循環器**（しゅようじゅんかんき）
という領域が作られ徐々に広がってきています

がん治療前

心臓病、血管病になりやすいかどうか
○ 心血管毒性のリスク層別化

がん治療中

心臓病、血管病の可能性がないかどうか
もしあれば、早めに見つける
○ 心血管毒性のサーベイランス

がん治療後

心臓病、血管病になりやすい場合は
引き続き診療をする必要があれば、検査を継続する
○ 狭義のサバイバーシップケア

それぞれの段階で心臓病、血管病のケアをするというのが
基本的な考え方です

1 心血管フォローアップ手帳とは

この手帳は、がんサバイバー※1 の心臓病、血管病に関してまとめるためのものです

あなたの今までのがん治療は有効ですが、一部のがん治療は将来的な心臓病、血管病やほかの内科の病気に関連する可能性があると言われています

いま現在受けられている治療や、いままでがんばってこられた治療の影響で将来的に心臓病、血管病がでることに備えて、できるかぎりご自分の治療内容をご自分で管理をすることが大切と考えています

体調管理にこの手帳を役立てていただけますと幸いです

医療機関を受診される際は、医療者にご提示ください この手帳の使用法や記載内容に関してご不明なことがありましたら遠慮なくお尋ねください

※1 がんサバイバーとは
がん治療の経験者だけではなく、がんと告知されたときから、がん治療中の方も含めて、がんとともに生きていらっしゃる皆さまを「サバイバー：survivor」と呼んでいます（NCCNガイドライン）

あなたのプロフィール

氏　名	
生年月日	
住　所 電話番号	〒 電話番号:
緊急 連絡先	氏　名:　　関係性: 電話番号:

2 患者さんへ、医療従事者の方々へ

～本手帳のご使用にあたって～

本手帳を受け取った施設名

患者さんへ

1. この手帳を受け取られましたら、まずは1ページのプロフィールをご記入ください
2. これまでのがん治療や心臓病などの既往歴、そのほか該当する箇所をご記入ください
3. 患者さん自身で記入するのがむずかしい項目は、医師や看護師にお伝えください

医療従事者の方々へ

この手帳の目的

1．がんサバイバー※1 の心臓病、血管病の自己管理

それぞれの病気の管理というよりは、心臓病、血管病を通してがんサバイバーの自己管理を目指し、その手助けとなることを目的としています

2．医療従事者にとって、がんサバイバーの心臓病、血管病の診療において必要不可欠な情報を一元的に管理することを目指す

3．病気や治療などに関する情報掲載（マーク）

マークは1,6,7,10,13,15,16ページの7ヶ所にあります
手帳の作成には「腫瘍循環器」に携わる医師が関わっています
上記の目的のため、がんや心臓病と関係ないと感じるような項目が含まれているかもしれません　また医学用語と一般の方向けの用語が混在していますがご了承願います

※1 1ページご参照

7 その他

～「兵庫県 がんサポートブック 第2版」のご紹介～

がんと診断された方や、その方を支える周囲の方々向けのサポートブックがあります

医療費の支援制度、医療に関する相談窓口などが掲載されていますので、ご覧になってみてください
兵庫県のホームページからダウンロードできます

https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/documents/gansupportbook.pdf

6 主な既往歴・合併症　～がん以外の手術～

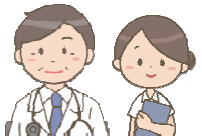
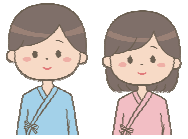
6ページでご記入されたがんの手術以外で、手術を受けられたことがあればご記入ください

外科的治療（手術）		医療機関名 主治医・担当医
（病名）	（術式）	
（病名）	（術式）	
（病名）	（術式）	
（病名）	（術式）	
（その他）		
（その他）		

3 使用手順の案 ～心血管フォローアップ手帳の使い方～

がん治療が完遂
するころ

医療機関受診
（病院、クリニック）
または
健康診断
または
ワクチン接種
を受診する際

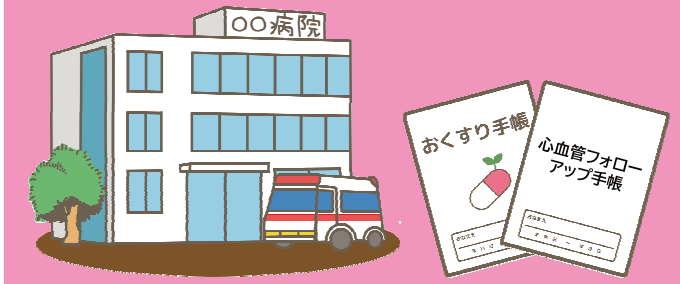
主治医または医療者	患者さん
	
①心血管フォローアップ手帳を患者さんに手渡します ▶	②心血管フォローアップ手帳に必要事項を記載します

▼

一部医療者でないと記載できない部分があります
医療者は、記載の補助をお願いいたします

▼

③ お薬手帳などと共に
心血管フォローアップ手帳を持参してください



●水色枠　：主に医療者がご記入ください
●ピンク枠：主に患者さんがご記入ください

4 あなたの大切な情報　～かかりつけ医～

患者さんご自身でご記入ください
（欄が足りない場合は枠外にご記入ください）

内科（循環器科） かかっている病名：	医療機関名： 先生の名前： 電話番号：
歯科 齲歯（虫歯）： □あり　□なし	医療機関名： 先生の名前： 電話番号：
眼科 緑内障（閉塞隅角）： □あり　□なし	医療機関名： 先生の名前： 電話番号：
泌尿器科 前立腺肥大： □あり　□なし	医療機関名： 先生の名前： 電話番号：
＿＿＿＿＿＿科	医療機関名： 先生の名前： 電話番号：

6 主な既往歴・合併症　～がん以外の病気～

患者さんご自身でご記入ください

- これまでに診断されたことのある心臓病、血管病
- いま受けている心臓病、血管病
- 心臓病、血管病に関連する可能性があるほかの病気

疾患名	初めて治療を受けた日	医療機関名
□心不全、弁膜症（心臓が悪い、弁膜症心臓に雑音がする、心臓が大きいなど）	年　月　日	
□高血圧（血圧が高い）		
□狭心症、心筋梗塞		
□脳梗塞		
□頸動脈狭窄（首の血管が細い）		
□閉塞性動脈硬化症（足の血管が細い）		
□深部静脈血栓症/肺動脈血栓塞栓症（足の静脈血栓、肺血栓、肺塞栓）		
□不整脈		
□脂質異常症（コレステロールが高い中性脂肪が高い）		
□糖尿病		
□腎臓病（腎臓が悪い）		
□骨粗鬆症　※5		
□その他 （　　）		

※5　骨粗鬆症のおくすりのなかで、血栓の病気があると使用できないものがあります　詳しくは医療者にお尋ねください

6 主な既往歴・合併症　～血栓症～

患者さんご自身でご記入ください
（欄が足りない場合は枠外にご記入ください）

●**抗血小板剤、抗凝固剤（血液をサラサラにする薬）を**

□飲んでいない
□飲んでいる
□飲んでいた（いつまで：　　）

【薬剤名：　　】

（　　年　　月　　日 確認 ）

●**静脈血栓症（深部静脈血栓、肺動脈血栓塞栓症）で飲んでいる**または**飲んでいた**と回答された方は、以下についてご記入ください

深部静脈血栓　□治療中　□治療後
肺動脈血栓塞栓症（肺塞栓症）　□治療中　□治療後

MEMO

4 あなたの大切な情報　～アレルギーの記録～

患者さんご自身でご記入ください
（欄が足りない場合は枠外にご記入ください）

● くすりのアレルギー　□あり　□なし

薬品名	アレルギーが出た日	症　状
	年　月　日	
造影剤		

● 気管支喘息　□あり　□なし
● アルコールのアレルギー　□あり　□なし
● くすり以外のアレルギー　□あり　□なし
具体的にご記入ください

● 感染症：HBV（　　）HCV（　　）その他（　　）

● 採血禁止の指示　□なし　□ひだり腕　□みぎ腕
（理由）

● 血圧測定禁止の指示　□なし　□ひだり腕　□みぎ腕
（理由）

5 がん治療について　～がん治療のまとめ～

過去に受けたがん治療 と **現在受けているがん治療** を古いものから順番に記載してください

心毒性・血管毒性のあるがん治療※2 を受けられたことがある方は、7・8ページへ
心臓検査を受けられたことがある方は、9ページへ
がん以外の手術 を受けられたことがある方は、14ページへ

主治医または担当の薬剤師、看護師、医療従事者の方は下表の当てはまる項目にご記入ください

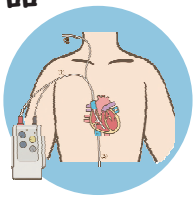
いつ	がんの病名 治療内容	医療機関名 主治医・担当医
年　月 （　才のとき）	病名 □手術（リンパ節郭清 □あり □なし） □抗がん剤　□放射線治療 □その他（ホルモン剤など）	
年　月 （　才のとき）	病名 □手術（リンパ節郭清 □あり □なし） □抗がん剤　□放射線治療 □その他（ホルモン剤など）	
年　月 （　才のとき）	病名 □手術（リンパ節郭清 □あり □なし） □抗がん剤　□放射線治療 □その他（ホルモン剤など）	
年　月 （　才のとき）	病名 □手術（リンパ節郭清 □あり □なし） □抗がん剤　□放射線治療 □その他（ホルモン剤など）	
年　月 （　才のとき）	病名 □手術（リンパ節郭清 □あり □なし） □抗がん剤　□放射線治療 □その他（ホルモン剤など）	

※2 抗がん剤、免疫チェックポイント阻害薬、ホルモン治療です

体内医療機器	初めて治療を受けた日	医療機関名
□歯科インプラント 【どこに:　何が:　】 MRI:□可能　□不可能	年　月　日	
□人工股関節、人工膝関節、ボルト MRI:□可能　□不可能		
□人工弁（□機械弁、□生体弁） MRI:□可能　□不可能		
□冠動脈ステント （PCIの詳細 留置した日、ステント名、薬剤溶出性かどうか、留置した部位の番号） （#　） （#　） （#　）		
□人工血管		
□下大静脈フィルター MRI:□可能　□不可能		
□その他 例:乳房インプラント		

6 主な既往歴・合併症　～体内医療機器～

下表のなかで該当する項目をご記入ください



主治医または担当の薬剤師、看護師、医療従事者の方は下表の当てはまる項目にご記入ください

体内医療機器	初めて治療を受けた日	医療機関名
	年　月　日	
□CVポート 【種類:　　】 造影剤投与:□可能　□不可能 留置中は定期的なフラッシュが必要		
□尿管カテーテル 留置中は泌尿器科での定期的な交換が必要		
□胃瘻(いろう) 留置中は定期的な交換が必要		
□人工肛門(ストマ)・ウロストミー 留置中は定期的な交換が必要		
□ペースメーカー 【機器名:　　】 MRI:□可能　□不可能 留置中は循環器内科で定期的なチェックが必要		

5 がん治療について ～心毒性・血管毒性のあるがん治療～

下表は、心毒性・血管毒性があり、将来的に心臓病・血管病(脳血管を含む)などの原因になる可能性があるがん治療です
使用したことがあるお薬があればご記入ください

主治医または担当の薬剤師、看護師、医療従事者の方は下表の当てはまる項目にご記入ください

(注)ドキソルビシンについては、TACEを除く
ピラルビシンについては、膀胱内注入療法を除く

使用したことがある心毒性のあるお薬	累積投与量 ※3 (総投与量)	最終投与日	医療機関名
□アントラサイクリン系薬剤		年　月　日	
ドキソルビシン: アドリアシン® ドキシル®	mg/m^2		
ダウノルビシン	mg/m^2		
ピラルビシン	mg/m^2		
エピルビシン ※4	mg/m^2		
イダルビシン	mg/m^2		
アクラルビシン	mg/m^2		
アムルビシン:カルセド®	mg/m^2		
ミトキサントロン	mg/m^2		

※3 アントラサイクリン系薬剤の心毒性は、累積投与量に関連するといわれているため累積投与量を知っておくことが大切です
※4 2022年3月末まではファルモルビシン®もありました

5 がん治療について ～心毒性・血管毒性のあるがん治療～

下表のなかで該当する項目をご記入ください

主治医または担当の薬剤師、看護師、医療従事者の方は
下表の当てはまる項目にご記入ください

使用したことがある心毒性のあるお薬	投与開始日	最終投与日	医療機関名
□心血管毒性のある分子標的薬（免疫チェックポイント阻害薬以外）	年 月 日	年 月 日	
（薬剤名）			
（薬剤名）			
□免疫チェックポイント阻害薬			
（薬剤名）			
（薬剤名）			
□ホルモン治療			
（薬剤名）			
（薬剤名）			

□放射線治療 照射部：ひだり胸部・縦隔・その他	治療期間	照射量
		Gy

MEMO

5 がん治療について ～心臓検査について～

下表のなかで該当する項目をご記入ください

主治医または担当の薬剤師、看護師、医療従事者の方は
下表の当てはまる項目にご記入ください

●心エコー（心臓超音波）

検査の予定：□3ヶ月毎　□1,2年毎　□5年毎　□その他（　　）

●心エコー所見

治療前（　　年　　月　LVEF：　　GLS：　　その他所見：　　）
（　　年　　月　LVEF：　　GLS：　　その他所見：　　）
（　　年　　月　LVEF：　　GLS：　　その他所見：　　）
（　　年　　月　LVEF：　　GLS：　　その他所見：　　）
（　　年　　月　LVEF：　　GLS：　　その他所見：　　）

（最終心エコー検査施行日：　　年　　月　　日
LVEF　　％、GLS　　％）

●血液検査

BNP：　　トロポニン：
BNP：　　トロポニン：
BNP：　　トロポニン：
BNP：　　トロポニン：
BNP：　　トロポニン：

追加分はMEMOに記載してください

MEMO