

乳がん術後治療 地域連携パス

No.1

| | | | |
|------|-------------------------|------|-----------------------|
| 患者ID | @{Patient.ID} | 生年月日 | @{Patient.BirthdayJC} |
| フリガナ | @{Patient.KatakanaName} | | |
| 患者氏名 | @{Patient.Name} | | |

| | |
|--------|-----|
| 計画策定病院 | 担当医 |
| 県立広島病院 | |
| 連携医療機関 | 担当医 |
| | 先生 |

| | | | | | |
|-------|--------------------|------|--|--------|--|
| 病名 | @{Disease.History} | ER | | 術前化学療法 | |
| 手術日 | | PgR | | 術後化学療法 | |
| 術式 | | HER2 | | 放射線治療 | |
| Stage | | Ki67 | | ホルモン療法 | |

| 医療機関 | 県立広島病院 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| 術後経過年月 | 退院後初回 | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 9ヶ月 | 1年 | 1年3か月 | 1年6か月 | 1年9か月 | 2年 | 2年3か月 | 2年6か月 | 2年9か月 | 3年 | |
| 受診日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 術後疼痛 | | | | | | | | | | | | | | |
| TAM | 更年期症状の有無 | | | | | | | | | | | | | |
| | 帯下の変化の有無 | | | | | | | | | | | | | |
| | 肝機能障害の有無 | | | | | | | | | | | | | |
| | 子宮体がん検診(年1回) | | | | | | | | | | | | | |
| AI剤 | 更年期症状の有無 | | | | | | | | | | | | | |
| | 関節痛・こわばりの有無 | | | | | | | | | | | | | |
| | 骨密度測定 | | | | | | | | | | | | | |
| 視触診 | 局 所 | | | | | | | | | | | | | |
| | リンパ節(腋窩・鎖骨上窩) 患肢上肢:リンパ浮腫・炎症 | | | | | | | | | | | | | |
| 検査 | 末梢血液一般 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生化学 | | | | | | | | | | | | | |
| | 腫瘍マーカー | CEA | | | | | | | | | | | | |
| | | CA15-3 | | | | | | | | | | | | |
| | マンモグラフィー | | | | | | | | | | | | | |
| 投薬 | 温存乳房エコー | | | | | | | | | | | | | |
| | その他(CT・骨シンチなど) | | | | | | | | | | | | | |
| 投薬 | ホルモン剤処方 | | | | | | | | | | | | | |
| | 内服状況確認 | | | | | | | | | | | | | |
| | 併用薬チェック | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡事項 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連携医 ↑↓ 県立広島病院 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師サイン | | | | | | | | | | | | | | |

★乳がん術後地域連携パスの期間は10年間です。★検査は、『血液検査/3-6ヶ月ごと』、『画像検査/1年ごと』を目安に、必要時、適宜行います。

乳がん術後治療 地域連携パス

No.2

| | | | |
|------|-------------------------|------|-----------------------|
| 患者ID | @{Patient.ID} | 生年月日 | @{Patient.BirthdayJC} |
| フリガナ | @{Patient.KatakanaName} | | |
| 患者氏名 | @{Patient.Name} | | |

| | |
|--------|-----|
| 計画策定病院 | 担当医 |
| 県立広島病院 | |
| 連携医療機関 | 担当医 |
| | 先生 |

| | | | | | |
|-------|--------------------|------|--|--------|--|
| 病名 | @{Disease.History} | ER | | 術前化学療法 | |
| 手術日 | | PgR | | 術後化学療法 | |
| 術式 | | HER2 | | 放射線治療 | |
| Stage | | Ki67 | | ホルモン療法 | |

| 医療機関 | 術後経過年月 | 3年3ヶ月 | 3年6ヶ月 | 3年9ヶ月 | 4年 | 4年3ヶ月 | 4年6ヶ月 | 4年9ヶ月 | 5年 | 5年6ヶ月 | 6年 | 6年6ヶ月 | 7年 | 7年6ヶ月 | 8年 | 8年6ヶ月 | 9年 | 9年6ヶ月 | 10年 |
|---------------------|--------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 受診日 | | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 術後疼痛 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAM | 更年期症状の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 帯下の変化の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 肝機能障害の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 子宮体がん検診(年1回) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AI剤 | 更年期症状の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 関節痛・こわばりの有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 骨密度測定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 視触診 | 局 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | リンパ節(腋窩・鎖骨上窩) 患肢上肢:リンパ浮腫・炎症 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査 | 末梢血液一般 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生化学 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 腫瘍マーカー | CEA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | CA15-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | マンモグラフィ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 投薬 | 温存乳房エコー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他(CT・骨シンチなど) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ホルモン剤処方 内服状況確認 併用薬チェック | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連携医 ↑↓ 県立広島病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師サイン | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

★乳がん術後地域連携パスの期間は10年間です。★検査は、『血液検査／3-6ヶ月ごと』、『画像検査／1年ごと』を目安に、必要時、適宜行います。