

# 地域連携診療計画書(乳がん術後連携パス)

## 患者情報

カルテ番号  
フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
性別 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_

施設名  
市立豊中病院

## 投薬情報

投薬内容  
 内服 アナストロゾール・レトロゾール・エキセメスタン・タモキシフェン・トレミフェン・ユーエフティ・その他  
その他 ( )

投与方法 分 食後

投与予定期間 年 開始 年 月

注射 ゴセリン酢酸塩(10.8mg) 12週に1回皮下注・リュプロレリン酢酸塩(11.25mg) 12週に1回皮下注

投与予定期間 年 開始 年 月

## 手術情報

病名 ( )  
手術日 年 月 日

手術内容 乳房切除・乳房部分切除 手術部位 左・右・両方

放射線治療 あり・なし 部位 残存乳腺・その他  
備考

腋窩リンパ節郭清 あり・なし センチネル生検 あり・なし

病理診断等  
T X・0・is・1・2・3・4 N X・0・1・2・3 M X・0・1  
組織グレード

ER +- PR +- Her2 +-  
組織型  
MIB-1(Ki-67) % 脈管浸潤 あり・なし

## 点滴化学療法・放射線治療の情報

## 既往と他薬剤情報

## 連携開始

## 説明医

○は必須項目 △は可能であれば、あるいは必要時実施項目

		かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
(術後)		2~5ヶ月	6ヶ月 月 日	7~11ヶ月	1年 月 日	1年1~5ヶ月	1年6ヶ月 月 日	1年7~11ヶ月	2年 月 日	2年1~5ヶ月	2年6ヶ月 月 日	2年7~11ヶ月	3年 月 日
診察	問診	局所異常所見の訴え	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		患肢の腫れ・疼痛	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		肩関節運動障害・関節痛の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		不正出血の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	
投薬	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	
検査	血液検査(CEA・CA15-3)	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	

		かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
(術後)		3年1~5ヶ月	3年6ヶ月 月 日	3年7~11ヶ月	4年 月 日	4年1~5ヶ月	4年6ヶ月 月 日	4年7~11ヶ月	5年 月 日	5年1~11ヶ月	6年 月 日	6年1~11ヶ月	7年 月 日
診察	問診	局所異常所見の訴え	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		患肢の腫れ・疼痛	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		肩関節運動障害・関節痛の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		不正出血の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
視触診	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	
投薬	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	
検査	血液検査(CEA・CA15-3)	△	△	△	○	△	△	△	○	△	○	△	

		かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
(術後)		7年1~11ヶ月	8年 月 日	8年1~11ヶ月	9年 月 日	9年1~11ヶ月	10年 月 日
診察	問診	局所異常所見の訴え	○	○	○	○	○
		患肢の腫れ・疼痛	○	○	○	○	○
		肩関節運動障害・関節痛の有無	○	○	○	○	○
		全身倦怠感	○	○	○	○	○
		不正出血の有無	○	○	○	○	○
視触診	△	○	△	○	△	○	
投薬	△	○	△	○	△	○	
検査	血液検査(CEA・CA15-3)	△	○	△	○	△	○

【診療時特記事項と対応】

## 備考

※ 投薬はかかりつけ医のみで

投薬間隔は1~3ヶ月(かかりつけ医の判断で)

投薬終了後の通院間隔はかかりつけ医の判断で(できれば3~6ヶ月毎)

5年日以降のかかりつけ医は必要時受診(3~6ヶ月)

豊中病院での定期受診は10年目まで

定期受診日以外でも必要があれば豊中病院を受診

骨粗鬆症の検査治療はかかりつけ医で