

乳がん術後(ホルモン療法・放射線治療・化学療法 1年未満)共同診療計画書 (医療者用)

No. 1

	施設名称	所在地	電話番号	医師氏名
がん拠点病院	松山赤十字病院	松山市文京町1番地	089-924-1111	
かかりつけ医				

受診の目安	
かかりつけ医	患者が気になる症状があるとき
拠点病院	再発が疑われる時
	患側上肢の炎症(症状の出現時) <small>内分泌治療による副作用(肝機能障害や不正出血の出現時)</small>

患者番号	患者氏名	患者住所	生年月日	年齢
				歳

手術日	術式	リンパ節	月経	ホルモン剤	ホルモン療法開始日	放射線治療(ブースト有・無)	化学療法
年 月 日	L・R Bt / Bp	AX / SNL / なし	閉経前 / 閉経後	TAM / AI剤	年 月 日	開始 年 月 日 終了 年 月 日	開始 年 月 日 終了 年 月 日

施設	拠点病院	化学療法	拠点病院	ホルモン療法	拠点病院	放射線治療	拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院
受診日	術後1ヶ月	□	□	□	□	□	□	/ / /	1年	1年	/ / /	2年	2年	/ / /
	/		/		/		/	/ / /	/	/	/ / /	/	/	/ / /

目標	術後連携によるフォローアップ 再発の早期発見
連携、連絡	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認 連携の説明(患者用連携パス利用)
教育・指導	生活支援

問診	痛み、発熱、上肢のむくみの有無、その他の症状	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	視触診	患部側の乳房、肩関節の運動障害、対側の乳房視触診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		血液検査		●		●		●		●		●		●	
	検査	マンモグラフィー								●				●	
		超音波検査								●				●	
		子宮体癌検診(TAM内服)									▲				▲
	投薬	骨密度測定(AI剤内服)	(●)	(●)						●				●	
		抗エストロゲン剤(TAM)	(○)	(○)		○		○		○		○		○	
投薬	アロマターゼ阻害剤(AI剤)	(○)	(○)		○		○		○		○		○		
	説明	検査結果・副作用・合併症	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

備考	
----	--

○ 投薬 TAMまたはAI剤のどちらか1種類

▲ 患者 希望時

乳がん術後(ホルモン療法・放射線治療・化学療法 1年未満)共同診療計画書 (医療者用)

	施設名称	所在地	電話番号	医師氏名
がん拠点病院	松山赤十字病院	松山市文京町1番地	089-924-1111	
かかりつけ医				

受診の目安	
かかりつけ医	患者が気になる症状があるとき
拠点病院	再発が疑われる時
	患側上肢の炎症(症状の出現時) <small>内分泌治療薬による副作用(肝機能障害や不正出血の出現時)</small>

患者番号	患者氏名	患者住所	生年月日	年齢
				歳

手術日	術式	リンパ節	月経	ホルモン剤	ホルモン療法開始日	放射線治療(ブースト有・無)	化学療法
年 月 日	L・R Bt / Bp	AX / SNL / なし	閉経前 / 閉経後	TAM / AI剤	年 月 日	開始 年 月 日 終了 年 月 日	開始 年 月 日 終了 年 月 日

施設	かかりつけ医			かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医			かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医			かかりつけ医	拠点病院
受診日	/	/	/	3年	3年	/	/	/	4年	4年	/	/	/	5年	5年
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

目標	術後連携によるフォローアップ 再発の早期発見
連携、連絡	手術後後遺症、再発等発生時の連絡先確認 連携の説明(患者用連携パス利用)
教育・指導	生活支援

問診	痛み、発熱、上肢のむくみの有無、 その他の症状	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	視触診	患部側の乳房、肩関節の運動障 害、対側の乳房視触診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		血液検査	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	検査	マンモグラフィー		●				●				●			●	
		超音波検査		●				●				●			●	
		子宮体癌検診(TAM内服)				▲				▲				▲		
	投薬	抗エストロゲン剤(TAM)	○	○		○		○		○		○		○		○
アロマターゼ阻害剤(AI剤)		○	○		○		○		○		○		○		○	
説明	検査結果・副作用・合併症	●	●		●		●		●		●		●		●	

備考	
----	--

○ 投薬 TAMまたはAI剤のどちらか1種類

▲ 患者 希望時