

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	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) 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)

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(5年・10年)	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	
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

項目	内容	化学療法		ホルモン療法		放射線治療(5週間)		かかりつけ医		拠点病院	
		□	●	○	●	○	●	○	●	○	●
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	●	●	●	●	●	●	○	○	○	○
検査	血液検査		●		●		●		○	○	○
	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)

No. 2

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	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(5年・10年)	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								
検査	問診	●	●	●	●	●	●	●	●
	視触診	●	●	●	●	●	●	●	●
	血液検査	●	●	●	●	●	●	●	●
	マンモグラフィー		●		●	●		●	
	超音波検査		●		●	●		●	
	子宮体癌検診(TAM内服)			▲			▲		▲
	骨密度測定(AI剤内服)		●		●	●		●	
投薬	抗エストロゲン剤(TAM)	○	○		○	○		○	
	アロマターゼ阻害剤(AI剤)	○	○		○	○		○	
説明	●	●		●	●		●	●	
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)

No. 3

	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) 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)

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(5年・10年)	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		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		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	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	かかりつけ医	拠点病院
受診日	/ /	6年 6年	/ /	7年 7年	/ /	8年 8年	/ /	9年 9年	/ /	10年 10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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	検査	血液検査	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		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