

乳がん術後(ホルモン療法・放射線治療・化学療法1年超)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 口	ホルモン療法 口	拠点病院	放射線治療 口	1年		2年		3年		4年		5年	
						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		
受診日	術後1ヶ月	口	口	口	口	口	口	口	口	口	口	口	口	口	口
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(生化学)・半年ごと	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	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年超)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) 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(プースト有・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		拠点病院		かかりつけ医		拠点病院		かかりつけ医		拠点病院				
	／	／	6年	／	／	7年	／	／	8年	／	／	9年	／	／	10年
受診日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／

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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
検査	血液検査(生化学)半年ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	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	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