

# 地域連携診療計画書(乳がん術後治療)

No.1

患者氏名

区分	病院名	診療科	担当医師	連絡先	カルテ番号
計画策定病院(A)					
連携医療機関(B)					

区分	項目	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)	(A)	
		退院~治療開始 /	日常診療 (B)	1年後 /	日常診療 (B)	1年6ヶ月後 /	日常診療 (B)	2年後 /	日常診療 (B)	2年6ヶ月後 /	日常診療 (B)	3年後 /	日常診療 (B)
達成目標	術後連携によるフォローアップ 術後後遺症、副作用、再発の発見 ホルモン療法の完遂												
連携・連絡	地域連携の説明(患者様用パスの説明) 再発、副作用等発生時の連絡先確認	<input type="checkbox"/>											
教育・指導	服薬指導(保険薬局) 生活支援												
診察・検査	全身状態												
	PS												
	問診		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		更年期症状 帯下の変化 不正出血 関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	視・触診	局所:腫瘍・硬結・発赤 リンパ節腫大 鎖骨上窩:リンパ節腫大 腋窩:リンパ節腫大 患側上肢:リンパ浮腫・炎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査	末梢血一般 生化学(脂質、含む) 腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他)	6ヶ月毎 6ヶ月毎 6ヶ月毎											
	胸部レントゲン 腹部超音波検査 CT(PET-CT) マンモグラフィー 骨シンチ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	子宮体癌検診(年1回)(TAM投与時) 骨密度測定(年1回)(AI剤投与時)			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
投薬	処方		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	チェック	服薬状況確認 併用薬チェック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

通院間隔は施設間の協議によります。1年6ヶ月、2年6ヶ月の病院受診は必須ではございません。  
マンモグラフィー以外の検査は必須ではございません。

(香川県がん診療連携協議会 '10.12初版)

地域連携診療計画書(乳がん術後治療)

No.2

患者氏名

区分	病院名	診療科	担当医師	連絡先	カルテ番号
計画策定病院(A)					
連携医療機関(B)					

区分	項目	(A)	日常診療	(A)	日常診療	(A)	日常診療	(A)	日常診療	(A)	日常診療	(A)	日常診療	(A)
		4年後 /	(B)	5年後 /	(B)	6年後 /	(B)	7年後 /	(B)	8年後 /	(B)	9年後 /	(B)	10年後 /
達成目標	術後連携によるフォローアップ 術後後遺症、副作用、再発の発見 ホルモン療法の完遂													
連携・連絡	地域連携の説明(患者様用バスの説明) 再発、副作用等発生時の連絡先確認													
教育・指導	服薬指導(保険薬局) 生活支援													
診察・検査	全身状態													
	問診													
	視・触診													
	検査	末梢血一般 生化学(脂質、含む) 腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他)	6ヶ月毎 6ヶ月毎 6ヶ月毎		1年毎 1年毎 1年毎									
	検査	胸部レントゲン 腹部超音波検査 CT(PET-CT) マンモグラフィー 骨シンチ  子宮体癌検診(年1回)(TAM投与時) 骨密度測定(年1回)(AI剤投与時)												
投薬	処方													
	チェック													

通院間隔は施設間の協議によります。1年6ヶ月、2年6ヶ月の病院受診は必須ではございません。  
マンモグラフィー以外の検査は必須ではございません。