

【医療者用】治療記録シート(乳がん地域連携パス)

No.1

術式 [<input type="checkbox"/> 乳切 <input type="checkbox"/> 温存] 閉経 [<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後] 放射線治療 [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] ホルモン剤 [<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤 (TAM) <input type="checkbox"/> LHRHアナログ <input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤 (AI剤)]		患者氏名																				
区分	項目	退院時	1ヶ月目		2ヶ月目		3ヶ月目		4ヶ月目		5ヶ月目		6ヶ月目		7ヶ月目		8ヶ月目		9ヶ月目		10ヶ月目	
		年月日																				
		拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医																	
身体測定																						
自覚症状 (問診)	更年期症状	<input type="checkbox"/>																				
	帯下の変化	<input type="checkbox"/>																				
	不正出血	<input type="checkbox"/>																				
	関節痛	<input type="checkbox"/>																				
	食欲不振	<input type="checkbox"/>																				
	発疹・かゆみ	<input type="checkbox"/>																				
身体所見	PSの悪化がみられない	<input type="checkbox"/>																				
	急激な体重増加(3kg以上)がない	<input type="checkbox"/>																				
	患側乳房 しこり、痛み、発赤がない	<input type="checkbox"/>																				
	対側乳房 しこり、痛み、発赤がない	<input type="checkbox"/>																				
	鎖骨上窩 異常なし	<input type="checkbox"/>																				
	腋窩 異常なし	<input type="checkbox"/>																				
	患側上肢のリンパ浮腫・発赤なし	<input type="checkbox"/>																				
検査所見	生化学検査に異常は認められない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	腫瘍マーカーに異常は認められない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	画像検査に異常は認められない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
総合所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>																				
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>																				
	拠点病院への紹介基準に該当しない			<input type="checkbox"/>																		
検査結果 (値)	腫瘍マーカー CEA CA15-3 その他																					
	その他																					
画像検査等の 実施の有無	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	ホルモン剤		<input type="checkbox"/>																			
	服薬状況確認・併用薬チェック		<input type="checkbox"/>																			
Drサイン																						

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。

【医療者用】治療記録シート(乳がん地域連携パス)

No.2

術式 [<input type="checkbox"/> 乳切 <input type="checkbox"/> 温存] 閉経 [<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後] 放射線治療 [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] ホルモン剤 [<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤(TAM) <input type="checkbox"/> LHRHアナログ <input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤(AI剤)]		患者氏名																					
区分	項目	11ヶ月目	12ヶ月目	13ヶ月目	14ヶ月目	15ヶ月目	16ヶ月目	17ヶ月目	18ヶ月目	19ヶ月目	20ヶ月目	21ヶ月目											
		年月日																					
		かかりつけ医	拠点病院	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	かかりつけ医	かかりつけ医											
身体測定																							
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
自覚症状 (問診)	更年期症状	<input type="checkbox"/>																					
	帯下の変化	<input type="checkbox"/>																					
	不正出血	<input type="checkbox"/>																					
	関節痛	<input type="checkbox"/>																					
	食欲不振	<input type="checkbox"/>																					
	発疹・かゆみ	<input type="checkbox"/>																					
		はい	いいえ																				
身体所見	PSの悪化がみられない	<input type="checkbox"/>																					
	急激な体重増加(3kg以上)がない	<input type="checkbox"/>																					
	患側乳房 しこり、痛み、発赤 がない	<input type="checkbox"/>																					
	対側乳房 しこり、痛み、発赤 がない	<input type="checkbox"/>																					
	鎖骨上窩 異常なし	<input type="checkbox"/>																					
	腋窩 異常なし	<input type="checkbox"/>																					
	患側上肢のリンパ浮腫・発赤 なし	<input type="checkbox"/>																					
検査所見	生化学検査に異常は認められない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	腫瘍マーカーに異常は認められない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	画像検査に異常は認められない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
総合所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	拠点病院への紹介基準に該当しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>														
検査結果 (値)	腫瘍マーカー	CEA																					
		CA15-3																					
		その他																					
		その他																					
画像検査等の実施の有無	胸部レントゲン		<input type="checkbox"/>													<input type="checkbox"/>							
	腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>													<input type="checkbox"/>							
	CT(PET-CT)		<input type="checkbox"/>													<input type="checkbox"/>							
	マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>																				
	骨シンチ		<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"/>																				
投薬	ホルモン剤	<input type="checkbox"/>																					
	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>																					
Drサイン																							

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。

【医療者用】治療記録シート(乳がん地域連携パス)

No.3

術式 [<input type="checkbox"/> 乳切 <input type="checkbox"/> 温存] 閉経 [<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後] 放射線治療 [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] ホルモン剤 [<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤(TAM) <input type="checkbox"/> LHRHアナログ <input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤(AI剤)]		患者氏名																					
区分	項目	22ヶ月目	23ヶ月目	24ヶ月目	25ヶ月目	26ヶ月目	27ヶ月目	28ヶ月目	29ヶ月目	30ヶ月目	31ヶ月目	32ヶ月目											
		年月日																					
		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	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	かかりつけ医											
身体測定																							
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
自覚症状(問診)	更年期症状	<input type="checkbox"/>																					
	帯下の変化	<input type="checkbox"/>																					
	不正出血	<input type="checkbox"/>																					
	関節痛	<input type="checkbox"/>																					
	食欲不振	<input type="checkbox"/>																					
	発疹・かゆみ	<input type="checkbox"/>																					
		はい	いいえ																				
身体所見	PSの悪化がみられない	<input type="checkbox"/>																					
	急激な体重増加(3kg以上)がない	<input type="checkbox"/>																					
	患側乳房	しこり、痛み、発赤がない		<input type="checkbox"/>																			
	対側乳房	しこり、痛み、発赤がない		<input type="checkbox"/>																			
	鎖骨上窩	異常なし		<input type="checkbox"/>																			
	腋窩	異常なし		<input type="checkbox"/>																			
	患側上肢のリンパ浮腫・発赤	なし		<input type="checkbox"/>																			
検査所見	生化学検査に異常は認められない			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	腫瘍マーカーに異常は認められない			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	画像検査に異常は認められない			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
総合所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	拠点病院への紹介基準に該当しない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>												
検査結果(値)	腫瘍マーカー	CEA																					
		CA15-3																					
	その他																						
画像検査等の実施の有無	胸部レントゲン			<input type="checkbox"/>														<input type="checkbox"/>					
	腹部超音波検査			<input type="checkbox"/>														<input type="checkbox"/>					
	CT(PET-CT)			<input type="checkbox"/>														<input type="checkbox"/>					
	マンモグラフィー			<input type="checkbox"/>																			
	骨シンチ			<input type="checkbox"/>																			
	子宮体癌検診(年1回TAM投与時)			<input type="checkbox"/>																			
	骨密度測定(年1回AI剤投与時)			<input type="checkbox"/>																			
投薬	ホルモン剤	<input type="checkbox"/>																					
	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>																					
Drサイン																							

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。

【医療者用】治療記録シート(乳がん地域連携パス)

No.4

術式 [乳切 温存] 閉経 [前 後] 放射線治療 [あり なし]
 ホルモン剤 [なし 抗エストロゲン剤 (TAM) LHRHアナログ アロマターゼ阻害剤 (AI剤)]

患者氏名

区分	項目	33ヶ月目		34ヶ月目		35ヶ月目		36ヶ月目		備考
		年月日								
身体測定										4年目以降の記録は、新規に作成してください。
		無	有	無	有	無	有	無	有	
自覚症状 (問診)	更年期症状	<input type="checkbox"/>								
	帯下の変化	<input type="checkbox"/>								
	不正出血	<input type="checkbox"/>								
	関節痛	<input type="checkbox"/>								
	食欲不振	<input type="checkbox"/>								
	発疹・かゆみ	<input type="checkbox"/>								
		はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ	
身体所見	PSの悪化がみられない	<input type="checkbox"/>								
	急激な体重増加(3kg以上)がない	<input type="checkbox"/>								
	患側乳房	しこり、痛み、発赤がない		<input type="checkbox"/>						
	対側乳房	しこり、痛み、発赤がない		<input type="checkbox"/>						
	鎖骨上窩	異常なし		<input type="checkbox"/>						
	腋窩	異常なし		<input type="checkbox"/>						
	患側上肢のリンパ浮腫・発赤	なし		<input type="checkbox"/>						
検査所見	生化学検査に異常は認められない							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腫瘍マーカーに異常は認められない							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	画像検査に異常は認められない							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
総合所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>								
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>								
	拠点病院への紹介基準に該当しない	<input type="checkbox"/>								
検査結果(値)	腫瘍マーカー	CEA								
		CA15-3								
		その他								
	その他									
画像検査等の実施の有無	胸部レントゲン							<input type="checkbox"/>		
	腹部超音波検査							<input type="checkbox"/>		
	CT (PET-CT)							<input type="checkbox"/>		
	マンモグラフィー							<input type="checkbox"/>		
	骨シンチ							<input type="checkbox"/>		
	子宮体癌検診(年1回TAM投与時)							<input type="checkbox"/>		
	骨密度測定(年1回AI剤投与時)							<input type="checkbox"/>		
投薬	ホルモン剤	<input type="checkbox"/>								
	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>								
Drサイン										

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ありません。
 マンモグラフィー以外の検査は必須ではありません。

【医療者用】治療記録シート(乳がん地域連携パス)

No. (年 月 日)

術式 [<input type="checkbox"/> 乳切 <input type="checkbox"/> 温存] 閉経 [<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後] 放射線治療 [<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] ホルモン剤 [<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤(TAM) <input type="checkbox"/> LHRHアナログ <input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤(AI剤)]		患者氏名																											
区分	項目	1ヶ月		2ヶ月		3ヶ月		4ヶ月		5ヶ月		6ヶ月		7ヶ月		8ヶ月		9ヶ月		10ヶ月		11ヶ月		12ヶ月					
		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日		
身体測定		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		かかりつけ医		かかりつけ医		かかりつけ医		拠点病院					
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有		
自覚症状 (問診)	更年期症状	<input type="checkbox"/>																											
	帯下の変化	<input type="checkbox"/>																											
	不正出血	<input type="checkbox"/>																											
	関節痛	<input type="checkbox"/>																											
	食欲不振	<input type="checkbox"/>																											
	発疹・かゆみ	<input type="checkbox"/>																											
		はい	いいえ																										
身体所見	PSの悪化がみられない	<input type="checkbox"/>																											
	急激な体重増加(3kg以上)がない	<input type="checkbox"/>																											
	患側乳房	しこり、痛み、発赤がない		<input type="checkbox"/>																									
	対側乳房	しこり、痛み、発赤がない		<input type="checkbox"/>																									
	鎖骨上窩	異常なし		<input type="checkbox"/>																									
	腋窩	異常なし		<input type="checkbox"/>																									
	患側上肢のリンパ浮腫・発赤	なし		<input type="checkbox"/>																									
検査所見	生化学検査に異常は認められない																												
	腫瘍マーカーに異常は認められない																												
	画像検査に異常は認められない																												
総所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>																											
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>																											
	拠点病院への紹介基準に該当しない	<input type="checkbox"/>																											
検査結果(値)	腫瘍マーカー																												
	CEA																												
	CA15-3																												
	その他																												
画像検査等の実施の有無	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	ホルモン剤	<input type="checkbox"/>																											
	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>																											
Drサイン																													

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。