

# 乳がん術後 地域連携診療計画書

医療者用

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 )

計画策定病院: 長崎医療センター 外科 主治医: \_\_\_\_\_

手術日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連携医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

術 後		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	
外来受診		長崎医療センター	長崎医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	長崎医療センター	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	長崎医療センター		
必須項目	診察	問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		視触診(3~6ヶ月ごと)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
		*症状 *体重 *性器出血 *月経			○				○			○			○
	検査	マンモグラフィ												○	
選択項目	検査	婦人科検診(近隣へ)											△		
		骨密度※												△	
		乳腺エコー												△	
		胸腹部CT												○	
	採血	腫瘍マーカー	CEA											○	
			CA15-3												○
		血算	WBC												○
			RBC												○
			Hb												○
			Hct												○
	生化学検査	PLT	ALb											○	
			AST												○
			ALT												○
			ALP												○
			クレアチニン												○
LDH														○	
Na														○	
K												○			
Cl												○			
Ca												○			
TG												○			
TC												○			
薬剤	注射	LH-RHa <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤			○			○			○			○	
	処方	フルベストラント <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		抗エストロゲン剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	アロマターゼ阻害剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		

※必要に応じて、かかりつけ医にて施行。

# 乳がん術後 地域連携診療計画書

医療者用

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 )

計画策定病院: 長崎医療センター 外科 主治医: \_\_\_\_\_

手術日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連携医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

術 後		13ヶ月	14ヶ月	15ヶ月	16ヶ月	17ヶ月	18ヶ月	19ヶ月	20ヶ月	21ヶ月	22ヶ月	23ヶ月	24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	
外来受診		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	長崎医療センター	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	長崎医療センター		
必須項目	診察	問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		視触診(3~6ヶ月ごと)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△		
		*症状 *体重			○		○			○			○		
		*性器出血 *月経													
	検査	マンモグラフィ											○		
選択項目	検査	婦人科検診(近隣へ)											△		
		骨密度※												△	
		乳腺エコー												△	
		胸腹部CT												○	
	腫瘍マーカー	CEA												○	
		CA15-3												○	
		血算	WBC												○
			RBC												○
			Hb												○
			Hct												○
	PLT													○	
	生化学検査	Alb												○	
		AST												○	
		ALT												○	
		ALP												○	
		クレアチニン												○	
		LDH												○	
		Na												○	
K													○		
Cl													○		
Ca													○		
TG												○			
TC												○			
薬剤	注射	LH-RHa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		□1ヶ月製剤												○	
		□有□無			○			○			○		○		
		□3ヶ月製剤											○		
処方	フルベストラント	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	□有□無												○		
	抗エストロゲン剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	□有□無												○		
	アロマターゼ阻害剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	□有□無												○		

※必要に応じて、かかりつけ医にて施行。

# 乳がん術後 地域連携診療計画書

医療者用

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 )

計画策定病院: 長崎医療センター 外科 主治医: \_\_\_\_\_

手術日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連携医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

術 後		25ヶ月	26ヶ月	27ヶ月	28ヶ月	29ヶ月	30ヶ月	31ヶ月	32ヶ月	33ヶ月	34ヶ月	35ヶ月	36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
外来受診		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	長崎医療センター	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	長崎医療センター	
必須項目	診察	問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		視触診(3~6ヶ月ごと)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
		*症状 *体重												
		*性器出血 *月経			○		○			○			○	
	検査	マンモグラフィー											○	
選択項目	検査	婦人科検診(近隣へ)											△	
		骨密度※											△	
		乳腺エコー											△	
		胸腹部CT											○	
	腫瘍マーカー	CEA												○
			CA15-3											○
		血算	WBC											○
			RBC											○
			Hb											○
			Hct											○
	生化学検査	PLT												○
			Alb											○
		AST												○
			ALT											○
			ALP											○
			クレアチニン											○
			LDH											○
			Na											○
K												○		
	Cl											○		
	Ca											○		
	TG											○		
TC											○			
薬剤	注射	LH-RHa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
	処方	フルベストラント	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
処方	抗エストロゲン剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
処方	アロマターゼ阻害剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													

※必要に応じて、かかりつけ医にて施行。

# 乳がん術後 地域連携診療計画書

医療者用

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 )

計画策定病院: 長崎医療センター 外科 主治医: \_\_\_\_\_

手術日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連携医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

術 後		37ヶ月	38ヶ月	39ヶ月	40ヶ月	41ヶ月	42ヶ月	43ヶ月	44ヶ月	45ヶ月	46ヶ月	47ヶ月	48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	
外来受診		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	長崎医療センター		
必須項目	診察	問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		視触診(6~12ヶ月ごと)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
	*症状 *体重 *性器出血 *月経				○			○			○			○	
	検査	マンモグラフィ												○	
選択項目	検査	婦人科検診(近隣へ)											△		
		骨密度※												△	
		乳腺エコー												△	
		胸腹部CT												○	
	腫瘍マーカー	CEA												○	
		CA15-3												○	
		血算	WBC												○
			RBC												○
			Hb												○
			Hct												○
	PLT													○	
	生化学検査	Alb												○	
		AST												○	
		ALT												○	
		ALP												○	
		クレアチニン												○	
		LDH												○	
		Na												○	
		K												○	
		Cl												○	
Ca													○		
TG												○			
TC												○			
薬剤	注射	LH-RHa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤			○			○			○			○	
	フルバストラント	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	処方	抗エストロゲン剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	アロマターゼ阻害剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			

※必要に応じて、かかりつけ医にて施行。

# 乳がん術後 地域連携診療計画書

医療者用

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 )

計画策定病院: 長崎医療センター 外科 主治医: \_\_\_\_\_

手術日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連携医療機関: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_

術 後		49ヶ月	50ヶ月	51ヶ月	52ヶ月	53ヶ月	54ヶ月	55ヶ月	56ヶ月	57ヶ月	58ヶ月	59ヶ月	60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	
外来受診		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	長崎医療センター		
必須項目	診察	問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		視触診(6~12ヶ月ごと)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
		*症状 *体重 *性器出血 *月経			○			○			○		○		
	検査	マンモグラフィ											○		
選択項目	検査	婦人科検診(近隣へ)											△		
		骨密度※												△	
		乳腺エコー												△	
		胸腹部CT												○	
	腫瘍マーカー	CEA												○	
		CA15-3												○	
		血算	WBC												○
			RBC												○
			Hb												○
			Hct												○
	PLT												○		
	生化学検査	Alb												○	
		AST												○	
		ALT												○	
		ALP												○	
		クレアチニン												○	
		LDH												○	
		Na												○	
		K												○	
		Cl												○	
Ca													○		
TG												○			
TC												○			
薬剤	注射	LH-RHa	□1ヶ月製剤	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		□有□無	□3ヶ月製剤			○					○				
	フルベストラント	□有□無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	処方	抗エストロゲン剤	□有□無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
アロマターゼ阻害剤		□有□無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		

※必要に応じて、かかりつけ医にて施行。