乳がん治療に関する連携計画書 （医療者用）

計画策定病院(A)：〇〇〇〇病院　　担当医師：　　連絡先：

患者氏名　　様　　連携医療機関(B)：　　担当医師：　　連絡先：

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
		手術から	年				年			
			3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヵ月後	12ヵ月後
		不要な部分は斜線	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
達成目標	術後連携によるﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ		→	→	→	→	→	→	→	→
達成目標	ホルモン療法の完遂		→	→	→	→	→	→	→	→
達成目標	術後後遺症、副作用、再発の発見		→	→	→	→	→	→	→	→
診察	問診	手術日	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □
診察	視触診		● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □
診察	患側上肢の観察	（　）年	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □	● □
検査	マンモグラフィ（1年毎）	（　）月				●				●
検査	乳腺エコー(温存)	（　）日		□		●		□		●
検査	腹部エコー		症状があれば適宜実施							
検査	胸部X線	退院日	症状があれば適宜実施							
検査	CT	（　）年	症状があれば適宜実施							
検査	骨シンチ	（　）月	症状があれば適宜実施							
検査	腫瘍ﾏｰｶｰ（CEA,CA15-3,その他）	（　）日		□		□		□		□
検査	末梢血一般			□		□		□		□
検査	生化学検査	連携パスの説明日		□		□		□		□
注射	LHRHa □1ヶ月製剤	（　）年	□	□	□	□	□	□	□	□
注射	LHRHa □1ヶ月製剤		この注射を打たれる場合は、毎月来院して注射します							
注射	LHRHa □3ヶ月製剤	（　）月	□	□	□	□	□	□	□	□
注射	LHRHa □6ヶ月製剤	（　）日	□	□	□	□	□	□	□	□
処方	□抗エストロゲン剤：ノルバデックス、フェアストン		□	□	□	□	□	□	□	□
処方	□アロマターゼ阻害剤：アリミデックス、フェマーラ、アロマシン		□	□	□	□	□	□	□	□
処方	□その他（　）		□	□	□	□	□	□	□	□
その他	□ハーセプチン ※		□	□	□	□	□	□	□	□
その他	婦人科検診（近隣へ）					□要 □不要				□要 □不要
その他	骨密度					□要 □不要				□要 □不要
その他										

※ハーセプチン投与患者は3ヶ月毎に心エコーのこと
●必ず実施します
□必要に応じて実施します

再発のない限り、上記スケジュールを5年間継続します。
上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。
マンモグラフィ以外の画像検査はがん診療ガイドラインで推奨される項目には指定されていません。
フォローアップの検査項目と実施間隔の妥当性は今後の検証が必要です。