

乳がん治療に関する連携計画書 (医療者用) 1~5年目

計画策定病院(A): ○○○○病院 担当医師: 連絡先:
 連携医療機関(B): 担当医師: 連絡先:

患者氏名 様

	施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院						
					年				年						
					3ヵ月後				6ヵ月後	9ヵ月後	12ヵ月後	3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヵ月後
不要な部分は斜線		年	年	年	年	年	年	年	年						
		月	日	月	日	月	日	月	日	月	日				
達成目標	術後連携によるフォローアップ		→												
	ホルモン療法の完遂		→												
	術後後遺症、副作用、再発の発見		→												
診察	問診	手術日 ()年	●	●	●	●	●	●	●	●					
	視触診		●	●	●	●	●	●	●	●					
	患側上肢の観察		●	●	●	●	●	●	●	●					
検査	マンモグラフィ(1年毎)	()月			●				●						
	乳腺エコー(温存)	()日		□	●		□		●						
	腹部エコー		症状があれば適宜実施												
	胸部X線	退院日	症状があれば適宜実施												
	CT	()年	症状があれば適宜実施												
	骨シンチ	()月	症状があれば適宜実施												
	腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他)	()日		□		□		□		□					
	末梢血一般 生化学検査	連携パスの 説明日 ()年 ()月 ()日		□		□		□		□					
注射	LHRHa	□1ヶ月製剤	□	□	□	□	□	□	□	□					
		□3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												
		□6ヶ月製剤	□	□	□	□	□	□	□	□					
処方	□抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		□	□	□	□	□	□	□	□					
	□アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトゾール、エキセメスタン		□	□	□	□	□	□	□	□					
	□その他()		□	□	□	□	□	□	□	□					
	婦人科検診(近隣へ)					□要 □不要				□要 □不要					
	骨密度					□要 □不要				□要 □不要					

●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。

乳がん治療に関する連携計画書 (医療者用) 6~10年目

計画策定病院(A): ○○○○病院 担当医師: 連絡先:

連携医療機関(B): 担当医師: 連絡先:

患者氏名 様

	施設	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	かかりつけ医	○○○○病院	
	手術から	年		年		年		年		年		
		6か月後	12か月後	6か月後	12か月後	6か月後	12か月後	6か月後	12か月後	6か月後	12か月後	
不要な部分は斜線	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
達成目標	術後連携によるフォローアップ											
	ホルモン療法の完遂											
	術後後遺症、副作用、再発の発見											
診察	問診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	視触診	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	患側上肢の観察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
検査	マンモグラフィ(1年毎)		●		●		●		●		●	
	乳腺エコー(温存)	□	●	□	●	□	●	□	●	□	●	
	腹部エコー	症状があれば適宜実施										
	胸部X線	症状があれば適宜実施										
	CT	症状があれば適宜実施										
	骨シンチ	症状があれば適宜実施										
	腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他)	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	末梢血一般	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
生化学検査	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
処方	□抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	□その他()	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
その他	婦人科検診(近隣へ)		□要 □不要		□要 □不要		□要 □不要		□要 □不要		□要 □不要	
	骨密度		□要 □不要		□要 □不要		□要 □不要		□要 □不要		□要 □不要	

●必ず実施します
□必要に応じて実施します

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。