

乳がん治療に関する連携計画書（医療者用）

患者氏名

様

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：

|        |                         |       | 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    |   |  |
|--------|-------------------------|-------|--------------------------------------|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|--|
|        |                         |       | 手術から<br><br>不要な部分は<br>斜線             | 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    |   |  |
|        |                         |       |                                      | 年<br>月 日   | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>月 日 | 年<br>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)            |       | ( )年                                 | ( )月       | ( )日     | ●        |          |          |          |          | ●        |   |  |
|        | 乳腺エコー(温存)               |       | ( )日                                 |            | □        | ●        |          | □        |          |          | ●        |   |  |
|        | 腹部エコー                   |       | 退院日<br>( )年<br>( )月<br>( )日          | 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) |       | ( )日                                 |            | □        |          | □        |          | □        |          | □        |   |  |
|        | 末梢血一般                   |       |                                      |            | □        |          | □        |          | □        |          | □        |   |  |
|        | 生化学検査                   |       | 連携パス<br>の説明日<br>( )年<br>( )月<br>( )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             |            |          |          |          |          |          |          |          |   |  |
| 処方     | □抗エストロゲン剤               |       | □                                    | □          | □        | □        | □        | □        | □        | □        | □        |   |  |
|        | □アロマターゼ阻害剤              |       | □                                    | □          | □        | □        | □        | □        | □        | □        | □        |   |  |
|        | □その他( )                 |       | □                                    | □          | □        | □        | □        | □        | □        | □        | □        |   |  |
| その他    | □ハーセプチン                 |       | □                                    | □          | □        | □        | □        | □        | □        | □        | □        |   |  |
|        | 婦人科検診(近隣へ)              |       |                                      |            |          | □要 □不要   |          |          |          | □要 □不要   |          |   |  |
|        | 骨密度                     |       |                                      |            |          | □要 □不要   |          |          |          | □要 □不要   |          |   |  |

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。