

乳がん治療に関する連携計画書 (医療者用) 1~5年目

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				
					年								年			
					3か月後	6か月後	9か月後	12ヶ月後					3ヶ月後	6ヶ月後	9か月後	12か月後
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	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)	()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		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			□		□			□			□				
	注射	LHRHa	□1ヶ月製剤	()年	□	□	□	□	□	□	□	□	□			
□3ヶ月製剤			()月	□	□	□	□	□	□	□	□	□				
□6ヶ月製剤			()日	□	□	□	□	□	□	□	□	□				
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: ノルバデックス、フェアストン															
	□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															
	□その他()															
その他	□ハーセプチン ※															
	婦人科検診(近隣へ)															
	骨密度															
					□要 □不要						□要 □不要					
					□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

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	○○○○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	
		年		年		年		年		年		
		手術から	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	
		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: ノルバデックス、フェアストン	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	□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	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	□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。