

乳がん術後連携パス(医療者向け)

患者情報

カルテ番号
 ふりがな
 患者氏名 様 男・女
 生年月日 年 月 日
 計画策定病院 大崎市民病院

手術情報

病名 (右・左・両側 乳がん)
 手術日 平成 年 月 日
 手術内容 手術部位 放射線治療
 乳房切除 上外側 あり
 乳房部分切除 上内側 なし
 下外側
 下内側
 腋下リンパ節郭清 センチネル生検
 あり あり
 なし なし
 病理診断など
 T N M n (/) 組織グレード ()
 ER () PR () Her2 () 脈管浸潤 ()
 組織型
 治療情報



拠点病院



かかりつけ医

○必須項目

△は可能であれば、あるいは必要時実施項目

	(術後)	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年	1年	1年	2年	2年	2年	2年	3年	3年	3年	3年	4年	4年	4年	4年	5年	5年	6年	6年	7年	7年	8年	8年	9年	9年	10年		
		3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年
診療	問診	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
	視触診	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●
	採血	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●
	腫瘍マーカー	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	検査	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●	△	●
	MMG				●				●				●				●				●				●				●				●
	投薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

- 備考 1. 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診。
 2. 拠点病院での定期受診は10年目まで。
 3. 拠点病院の定期受診日以外でも必要があれば拠点病院を受診させてください。

投薬情報・その他

() アリミデックス () ノルバデックス
 () フェマーラ () フェアストン
 () アロマシン () UFT () mg
 () その他
 ジェネリック製剤(可・否)
 投薬開始日 年 月 日

拠点病院科名/担当医名	大崎市民病院 外科/	連携医療機関名	
連絡先	0229-23-3311(代表)	連絡先	