

乳がん術後地域連携パス(治療計画書)

投薬なし

★ 計画策定病院
(大崎市民病院)

□ 連携医療機関
(かかりつけ医)

○必須項目 ▲必要時実施項目
△可能であれば実施

患者情報

大崎市民病院ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別	
生年月日	

手術情報

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

その他

--

		★	★		★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★	★			
		～	1ヶ月	6ヶ月	1年	1年	2年	2年	3年	3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
		30日	～			6ヶ月		6ヶ月		6ヶ月		6ヶ月		6ヶ月		6ヶ月		6ヶ月		6ヶ月		6ヶ月	
(術後)																							
受診予定日 (年)																							
(月日)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診	下肢の腫脹・疼痛																						
	全身倦怠感																						
	不正出血の有無																						
	肩関節運動障害・関節痛の有無	○																					
	患肢の腫れ・局所異常所見の訴え																						
一般的内科的診察での異常																							
視触診																							
採血	血算・生化学																						
	腫瘍マーカー (CEA, CA15-3)																						
検査	乳腺超音波																						
	マンモグラフィー																						

放射線治療を行う場合があります

備考 治療計画は現時点のものであり、患者さんの病状によって変わる場合があります。

計画策定病院／大崎市民病院外科
説明日:平成 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。
平成 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)

かかりつけ医:
説明日:平成 年 月 日
主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。
平成 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)