

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	0
ふりがな	0
患者氏名	0 様
性別	0
生年月日	明治33年1月0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			1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年					
		30日	～	6ヶ月	1年	6ヶ月														
		日	3ヶ月																	
		(術後)																		
		(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																			

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: 令和 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。
令和 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)

かかりつけ医:
説明日: 令和 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。
令和 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)