

連携ノート



名前様

加古川中央市民病院

乳がん術後地域連携パス もくじ

地域連携パスとは

私の診療情報

手術について

決定した連携機関の一覧

乳がん治療に関する連携計画書

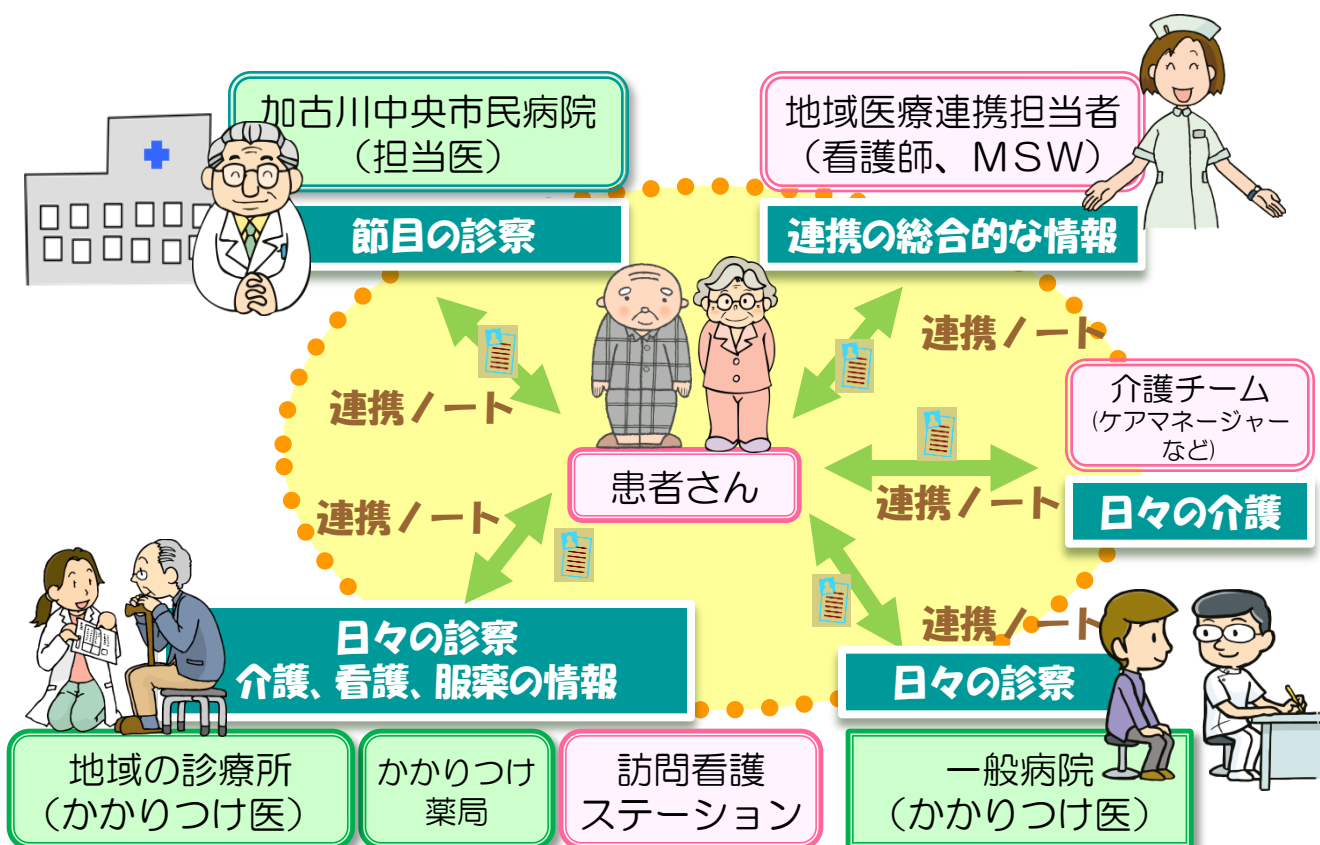
患者さん用自己チェックシート

患者さん用メモ

連携ノートの使い方

地域連携クリティカルパスとは

地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と加古川中央市民病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことで、「連携パス」を活用して、かかりつけ医と加古川中央市民病院の医師が協力してあなたの治療を行います。



この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と加古川中央市民病院が協力し、患者さんの視点に立って安心して質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。

私の診療情報

記載日 年 月 日

名前

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所

電話

緊急連絡先電話番号

血液型 型 身長 cm 体重 kg

アレルギー・今までにかかった病気

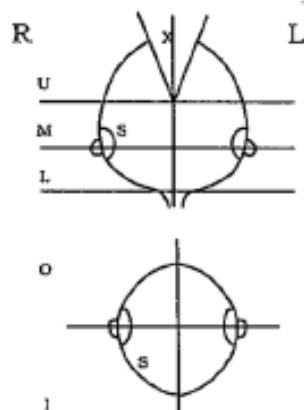
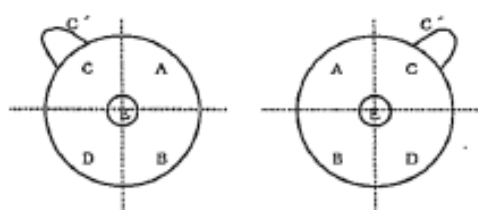
- アレルギー性疾患 ()
- 心臓の病気 ()
- 腎臓の病気 ()
- 肝臓の病気 ()
- 消化器の病気 ()
- その他 ()

介護情報について

手術について

患者情報 (診療情報提供書や退院サマリーなどでも可)

患者氏名	姓 () (如古川中央市民病院 ID:)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 <input type="checkbox"/> 昭和 月 <input type="checkbox"/> 平成 日 ()歳	
住所	兵庫県 (道・府・県) 市・町・村・区			
電話番号	() - () - ()			
治療経過	手術日	()年()月()日	退院日	()年()月()日
	月経状況	<input type="checkbox"/> 閉経前 <input type="checkbox"/> 閉経後		
	感染歴	HBoAg (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HDVb (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) 梅毒 tR (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性)		
	原発部位	下関に記入		
	組織学的分類	<input type="checkbox"/> 浸潤性乳管がん <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉がん <input type="checkbox"/> DCIS <input type="checkbox"/> その他 ()		
	TNM 分類	T () N () M ()		
	臨床病期	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV		
	核グレード	<input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3	Ki67	%
	組織的グレード	<input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3		
	術式	<input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房全切除 <input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 乳腺温存 <input type="checkbox"/> 皮膚温存 一次乳房再建 : <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 自家組織) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	病理組織学的 腫瘍径	() × () cm (腫瘍径: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (乳管内浸潤: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (腋管浸潤: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)		
	腋窩リンパ節	センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 SLN (/) <input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節郭清実施 <input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節摘除 (/)		
	化学療法	<input type="checkbox"/> 術前 ⇒ レジメン () 期間: 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 術後 ⇒ レジメン () 期間: 年 月 ~ 年 月		
	術後 放射線療法	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 ⇒ Gy/ 期間: 年 月 ~ 年 月 部位: <input type="checkbox"/> 全乳房 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節		
ホルモン 受容体	ER <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1%未満 <input type="checkbox"/> 1~9% <input type="checkbox"/> 10~49% <input type="checkbox"/> 50%以上) PgR <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 (<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1%未満 <input type="checkbox"/> 1~9% <input type="checkbox"/> 10~49% <input type="checkbox"/> 50%以上)			
HER2 発現状況	IHC <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 未実施 FISH <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施			
薬剤処方 (スケジュール)	□リュープリン3.75 (IM) (年 月まで)		□ゾラゲックス3.6 (IM) (年 月まで)	
	□リュープリンSR11.25 (IM) (年 月まで)		□ゾラゲックスLA10.8 (IM) (年 月まで)	
	□リュープリンPK22.5 (IM) (年 月まで)			
	投与開始日	年 月 日	最終投与日	年 月 日
	□タモキシフェン (年 月から)	□トレミフェン (年 月から)		
	□アスナトロゾール (年 月から)	□エキセメスタン (年 月から)		
	□レトロゾール (年 月から)	□ページニオ (年 月から)		
□リムナーゼ (年 月から)	□TS-1 (年 月から)			
□ハーセプチン (年 月まで)	投与開始日	年 月 日	最終投与日	年 月 日
□トージェタ (年 月まで)	投与開始日	年 月 日	最終投与日	年 月 日
□カドサイラ (年 月まで)	投与開始日	年 月 日	最終投与日	年 月 日
□キートルーダ (年 月まで)	投与開始日	年 月 日	最終投与日	年 月 日
□その他 ()				
その他 (合併症など)				



決定した連携医療機関の一覧

かかりつけ医

(電話)

調剤薬局

(電話 — —)

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等

(電話 — —)

連携病院

(電話 — —)

婦人科検診医

(電話 — —)

骨密度検査実施医療機関

(電話 — —)

加古川中央市民病院

担当医 ()

(電話： 079-451-5500 (代) 地域連携室)

乳がん治療に関する連携計画書(1年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院		
		手術から 不要な部分は斜線	年					
			3か月後	6か月後	9か月後	12か月後		
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●		
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●		
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●		
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●	
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●	
	視触診	手術日	(ホルモン療法)体重は	●	●	●	●	
			その他、気になるところはなかった	(2024)年	●	●	●	●
		退院日	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
			健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
			患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
			患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
その他		●	●	●	●			
検査	連携パス の説明日	マンモグラフィ(1年毎)				●		
		乳腺エコー	(2024)年			●		
		腹部エコー	()月			●		
		胸部X線	()日			●		
		CT				●		
		骨シンチ				●		
		腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他)				●		
		末梢血一般				●		
		生化学検査				●		
注射	LHRHa	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>		
処方		<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他		<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※				<input type="checkbox"/>		
		婦人科検診(近隣へ)				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
		骨密度				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(2年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から	年				
			1年3ヶ月後	1年6ヶ月後	1年9ヵ月後	2年後	
不要な部分は斜線		年	年	年	年		
		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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)体重は		●	●	●	●
	その他、気になるところはなかった	(2024)年	●	●	●	●	
	視触診	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
その他			●	●	●	●	
検査	マンモグラフィ(1年毎)				●		
	乳腺エコー	連携パス			●		
	腹部エコー	の説明日	症状があれば適宜実施				
	胸部X線	(2024)年					
	CT	()月					
	骨シンチ	()日	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					□		
注射	LHRHa	□1ヶ月製剤				□	
		□3ヶ月製剤				□	
		□6ヶ月製剤				□	
処方	□抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		□	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		□	□	□	□	
	□その他()		□	□	□	□	
その他	□ハーセプチン ※					□	
	婦人科検診(近隣へ)					□要 □不要	
	骨密度					□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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(3年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から	年				
			2年3ヵ月後	2年6ヵ月後	2年9ヵ月後	3年後	
不要な部分は斜線		年	年	年	年		
		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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)体重は		●	●	●	●
	視触診	その他、気になるところはなかった	(2024)年	●	●	●	●
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
		その他		●	●	●	●
検査	マンモグラフィ(1年毎)				●		
	乳腺エコー	連携パス			●		
	腹部エコー	の説明日	症状があれば適宜実施				
	胸部X線	(2024)年			●		
	CT	()月			●		
	骨シンチ	()日	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				●		
注射	LHRHa	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※					<input type="checkbox"/>	
	婦人科検診(近隣へ)					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	骨密度					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(4年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から	年				
			3年3ヶ月後	3年6ヶ月後	3年9ヶ月後	4年後	
不要な部分は斜線		年	年	年	年		
		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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
	視触診	(ホルモン療法)体重は	●	●	●	●	
		その他、気になるところはなかった	(2024)年	●	●	●	●
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
	その他		●	●	●	●	
検査	マンモグラフィ(1年毎)				●		
	乳腺エコー	連携バスの説明日			●		
	腹部エコー	(2024)年	症状があれば適宜実施				
	胸部X線	()月					
	CT	()日	症状があれば適宜実施				
	骨シンチ						
	腫瘍マーカー(CEA,CA15-3,その他)					□	
	末梢血一般					□	
注射	LHRHa	□1ヶ月製剤				□	
		□3ヶ月製剤				□	
		□6ヶ月製剤				□	
処方	□抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		□	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		□	□	□	□	
	□その他()		□	□	□	□	
その他	□ハーセプチン ※					□	
	婦人科検診(近隣へ)					□要 □不要	
	骨密度					□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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(5年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から	年				
			4年3ヵ月後	4年6ヵ月後	4年9ヵ月後	5年後	
不要な部分は斜線		年	年	年	年		
		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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)体重は		●	●	●	●
	視触診	その他、気になるところはなかった	(2024)年	●	●	●	●
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
その他		●	●	●	●		
検査	マンモグラフィ(1年毎)					●	
	乳腺エコー	連携パス				●	
	腹部エコー	の説明日	症状があれば適宜実施				
	胸部X線	(2024)年				●	
	CT	()月				●	
	骨シンチ	()日	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					●		
注射	LHRHa	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※					<input type="checkbox"/>	
	婦人科検診(近隣へ)					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	骨密度					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(6年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から 不要な部分は 斜線	年				
			5年3ヶ月後	5年6ヶ月後	5年9ヶ月後	6年後	
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
	視触診	(ホルモン療法)体重は	●	●	●	●	
		その他、気になるところはなかった	●	●	●	●	
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
検査	連携パス の説明日	マンモグラフィ(1年毎)				●	
		乳腺エコー	(2024)年			●	
		腹部エコー	()月	症状があれば適宜実施			
		胸部X線	()日				
		CT					
		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					□
注射	LHRHa	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤				□	
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤				□	
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤				□	
処方	□抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		□	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		□	□	□	□	
	□その他()		□	□	□	□	
その他	□ハーセプチン ※					□	
	婦人科検診(近隣へ)					□要 □不要	
	骨密度					□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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(7年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から	年				
			6年3ヵ月後	6年6ヵ月後	6年9ヵ月後	7年後	
達成目標		術後連携によるフォローアップ					
			年				
達成目標		ホルモン療法の完遂					
			年				
達成目標		術後後遺症、副作用、再発の発見					
			年				
診察	問診	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)体重は		●	●	●	●
	視触診	その他、気になるところはなかった	(2024)年	●	●	●	●
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
		その他		●	●	●	●
検査	マンモグラフィ(1年毎)				●		
	乳腺エコー	連携パス			●		
	腹部エコー	の説明日	症状があれば適宜実施				
	胸部X線	(2024)年			●		
	CT	()月			●		
	骨シンチ	()日	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				●		
注射	LHRHa	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※					<input type="checkbox"/>	
	婦人科検診(近隣へ)					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	骨密度					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(8年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から	年				
			7年3ヶ月後	7年6ヶ月後	7年9ヶ月後	8年後	
不要な部分は斜線		年	年	年	年		
		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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
	視触診	(ホルモン療法)体重は	●	●	●	●	
		その他、気になるところはなかった	●	●	●	●	
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
その他		●	●	●	●		
検査	マンモグラフィ(1年毎)				●		
	乳腺エコー	連携パス			●		
	腹部エコー	の説明日	症状があれば適宜実施				
	胸部X線	(2024)年					
	CT	()月					
	骨シンチ	()日	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				□			
注射	LHRHa	□1ヶ月製剤				□	
		□3ヶ月製剤				□	
		□6ヶ月製剤				□	
処方	□抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		□	□	□	□	
	□アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		□	□	□	□	
	□その他()		□	□	□	□	
その他	□ハーセプチン ※					□	
	婦人科検診(近隣へ)					□要 □不要	
	骨密度					□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

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(9年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院	
		手術から	年				
			8年3ヵ月後	8年6ヵ月後	8年9ヵ月後	9年後	
不要な部分は斜線		年	年	年	年		
		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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●	
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●	
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●	
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	(2024)年	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	()月	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	()日	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった		●	●	●	●
		(ホルモン療法)体重は		●	●	●	●
	視触診	その他、気になるところはなかった	(2024)年	●	●	●	●
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()月	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	()日	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない		●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる		●	●	●	●
その他		●	●	●	●		
検査	マンモグラフィ(1年毎)				●		
	乳腺エコー	連携パス			●		
	腹部エコー	の説明日	症状があれば適宜実施				
	胸部X線	(2024)年			●		
	CT	()月			●		
	骨シンチ	()日	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				●			
注射	LHRHa	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤				<input type="checkbox"/>	
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※					<input type="checkbox"/>	
	婦人科検診(近隣へ)					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	骨密度					<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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

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。

乳がん治療に関する連携計画書(10年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院
		手術から 不要な部分は 斜線	年			
			9年3ヶ月後	9年6ヶ月後	9年9ヶ月後	10年後
		年	年	年	年	
		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	乳房、腋窩で気になるところはない	●	●	●	●
		日常生活で気になるところはない	●	●	●	●
		その他、体で痛いところはない	●	●	●	●
		(ホルモン療法)更年期様障害はない	●	●	●	●
		(ホルモン療法)関節痛はない	●	●	●	●
		(ホルモン療法)骨折はなかった	●	●	●	●
		(ホルモン療法)不正出血はなかった	●	●	●	●
		(ホルモン療法)アレルギーはなかった	●	●	●	●
	視触診	(ホルモン療法)体重は	●	●	●	●
		その他、気になるところはなかった	●	●	●	●
		患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	●	●	●	●
		健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	●	●	●	●
		患側上肢の浮腫や発赤はない	●	●	●	●
		患側上肢の拳上ができる	●	●	●	●
その他	●	●	●	●		
検査	マンモグラフィ(1年毎)				●	
	乳腺エコー	連携パス			●	
	腹部エコー	の説明日	症状があれば適宜実施			
	胸部X線	(2024)年				
	CT	()月				
	骨シンチ	()日	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				□		
注射	LHRHa	□1ヶ月製剤				□
		□3ヶ月製剤				□
		□6ヶ月製剤				□
処方	□抗エストロゲン剤: タモキシフェン、トレミフェン		□	□	□	□
	□アロマターゼ阻害剤: アナストロゾール、レトロゾール、エキセメスタン		□	□	□	□
	□その他()		□	□	□	□
その他	□ハーセプチン ※					□
	婦人科検診(近隣へ)					□要 □不要
	骨密度					□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

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。

術後連携パス自己チェックシート

自己チェック項目					
		/	/	/	/
症状（異常）の有無(1) ※何らかの症状がある場合は下記項目に ○または△印をつけてください		有・無	有・無	有・無	有・無
副作用	関節の痛みがある				
	不正出血がある				
	おりものが増え、かゆみがある				
	ほてり、発汗がある				
	発疹があり、かゆみがある				
	吐き気・嘔吐がある				
	食欲不振				
	体重増加がある				
自己検診	患者の腕にむくみがある				
	腕があがらないことがある				
	腕をあげると痛みがある				
	手術の傷の周囲に赤み、熱感がある				
	乳房にしこりがある				
	乳房の痛みがある				
	脇の下に固いものがふれる				
症状など (2)	上記以外の痛み				
	不眠				
	不安				
	気持ちの□らさ				
その他					

記入方法 (1) 症状（異常）「有」と答えられた方は、該当する症状についてお答えください。
 ○→常に感じる △→ときどき感じる

							術後 ケ月目
/	/	/	/	/	/	/	/
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

(2) 症状など 下記の症状がある場合に記載してください。

- 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
- 3我慢できないことがあります、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている

							術後 ケ月目
/	/	/	/	/	/	/	/
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

(2) 症状など 下記の症状がある場合に記載してください。
0 症状ない 1 現在の方法で満足 2 ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3 我慢できないことがあり、対応してほしい 4 ずっと我慢できない状態が続いている

							術後 ヶ月目
/	/	/	/	/	/	/	/
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

(2) 症状など 下記の症状がある場合に記載してください。
 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
 3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている

患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師のコメント

患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師の コメント

患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師のコメント

連携ノートの使い方

- 連携ノートには、以下の内容が綴られています。

1. 私の診療情報
2. 決定した連携医療機関の一覧と連絡先
3. 地域連携計画書（患者さん用連携パス）
 - ・ 5年～10年先までの診療の計画をたてたものです。
 - ・ 「いつ・どこを受診するのか」といった予定が一目でわかるほか、検査結果なども記入できるようになっています。
4. 自己チェックシート（任意）
 - ・ 患者さんの手術後の体の状態をチェックする用紙です。
5. おくすり手帳（任意）

- 患者さんの状態や思いは「連携ノート」を通して情報交換を行います。
- 連携ノートは、患者さんと医療機関が連携して患者さん中心の治療を切れ目なく続けるための貴重な資料です。
- 患者さんの個人情報が含まれますので、患者さんご自身でしっかりと管理していただく必要があります。

連携の総合
的な情報

看護、介護、
服薬の情報



日々の診察

節目の診察

* 医療機関を受診される際には
忘れずお持ちください

ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医（連携医）にご相談ください。かかりつけ医（連携医）から当院への円滑な受診が可能になっております。

かかりつけ医（連携医）

TEL：

連携病院

TEL：

加古川中央市民病院

TEL：079-451-5500（代）

平日（8:30-17:00）：地域連携室