

連携ノート

医療機関を受診される際には
おくすり手帳と一緒に必ずお持ちください



名前

がん診療連携拠点病院
兵庫県立がんセンター 乳腺外科

乳がん術後地域連携パス もくじ

連携ノートの使い方	P3
地域連携パスとは	P4
私の診療情報	P5
手術について	P6
決定した連携機関の一覧	P7
乳がん治療に関する連携計画書	P8
患者さん用自己チェックシート	P19
患者さん用メモ	P22

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



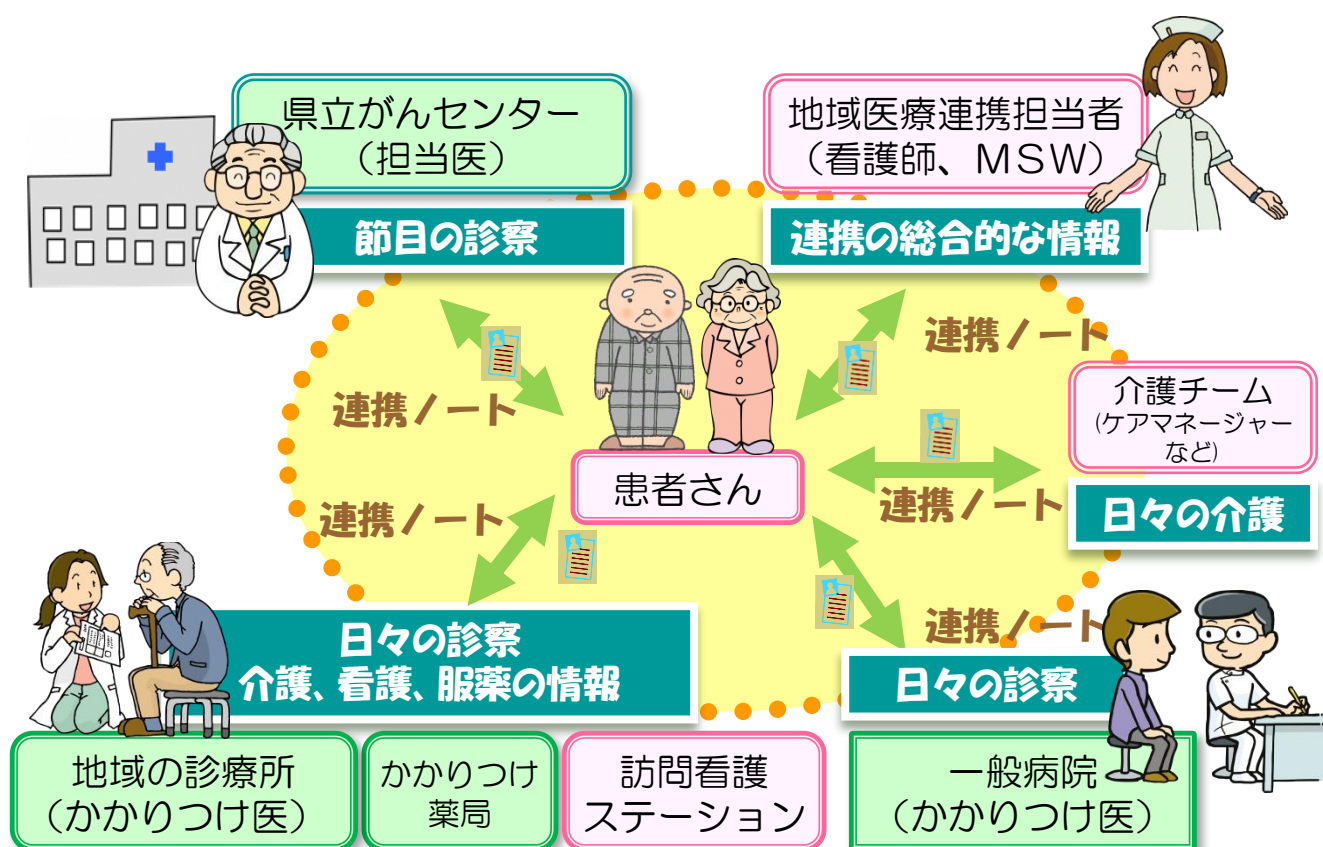
日々の診察

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

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兵庫県立がんセンターの医師が、あなたの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と兵庫県立がんセンター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兵庫県立がんセンターが協力し、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

治療経過	手術日	年	月	日	退院日	年	月	日	
	月経状況	☐ 閉経前 ☐ 閉経後 ()歳頃に閉経							
	原発部位	右・左 ()							
	組織学的分類	☐ 浸潤性乳管癌 ☐ 浸潤性小葉癌 ☐ DCIS その他()							
	TNM分類	T() N() M()							
	臨床病期	☐ I ☐ IIA ☐ IIB ☐ IIIA ☐ IIIB ☐ IIIC ☐ IV							
	術式	☐ 部分切除 ☐ 乳房切除(全摘・乳頭温存) ☐ 部分切除 ☐ その他()⇒同時乳房再建: 有 無							
	病理組織学的腫瘍径	(×)cm (断端: ☐ + ☐ -) (乳管内進展: ☐ + ☐ -) (脈管浸潤: ☐ + ☐ -)							
	核異型度	☐ Grade 1 ☐ Grade 2 ☐ Grade 3			Ki67 %				
	ホルモン受容体	ER ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 (0 1%未満 1~9% 10~49% 50%以上) PgR ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 (0 1%未満 1~9% 10~49% 50%以上)							
	HER2発現状況	IHC ☐ 0 ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 未実施 FISH ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施							
	腋窩リンパ節	センチネルリンパ節生検 ☐ 非実施 ☐ 実施 SLN(/) ☐ 腋窩リンパ節郭清実施 腋窩リンパ節転移(/)							
	化学療法	☐ 術前 ⇒レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月 ☐ 術後 ⇒レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月							
術後放射線療法	☐ 非実施 ☐ 実施 ⇒ Gy/ Fr 期間: 年 月 ~ 年 月 部位: 残存乳房 胸壁 領域リンパ節								
術後薬剤処方 (スケジュール)	☐ リュープリン3.75(1M)(年 月まで) ☐ リュープリンSR11.25(3M)(年 月まで)								
	☐ ゾラデックス3.6(1M)(年 月まで) ☐ リュープリンPRO22.5(6M)(年 月まで)								
	投与開始日 年 月 日 当院最終投与日 年 月 日								
	☐ タモキシフェン(年 月から) ☐ トレミフェン(年 月から)								
	☐ アリミデックス(年 月から) ☐ アロマシン(年 月から)								
	☐ フェマール(年 月から)								
その他 (合併症など)	☐ 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								
	☐ その他()								

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 — —)

兵庫県立がんセンター

担当医 ()

(電話： 078-929-1151 地域医療連携室)

乳がん治療に関する連携計画書（1,2年目）

計画策定病院(A):

患者氏名

様

連携医療機関(B):

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医
			3ヵ月後	6ヵ月後
		日付	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			
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ことはない		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法) 体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	☐ (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	☐ ホルモン剤; ()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA, CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG, USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			
	骨密度			
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。

※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。

上記で大きな異常を見つけた場合は兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

兵庫県立がんセンター

担当医師:

連絡先: 078-929-1151

担当医師:

連絡先:

かかりつけ医	兵庫県立 G	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	兵庫県立 G
9ヵ月後	1年後	1年3ヶ月後	1年6ヶ月後	1年9ヵ月後	2年後
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	月 日	月 日
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 要 ☐ 不要				☐ 要 ☐ 不要
	☐ 要 ☐ 不要				☐ 要 ☐ 不要
☐	☐	☐	☐	☐	☐

乳がん治療に関する連携計画書（3,4年目）

患者氏名

様

計画策定病院(A):

連携医療機関(B):

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医
			2年3ヵ月後	2年6ヵ月後
		日付	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			
問診	乳房、腋窩で気になることはない		☐	☐
	日常生活で気になることはない		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法) 体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	☐ (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	☐ ホルモン剤; ()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA, CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG, USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			
	骨密度			
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。

※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。

上記で大きな異常を見つけた場合は兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

兵庫県立がんセンター

担当医師：

連絡先：078-929-1151

担当医師：

連絡先：

かかりつけ医	兵庫県立 G	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	兵庫県立 G
2年9ヵ月後	3年後	3年3ヶ月後	3年6ヶ月後	3年9ヵ月後	4年後
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐ 要 ☐ 不要				☐ 要 ☐ 不要
	☐ 要 ☐ 不要				☐ 要 ☐ 不要
☐	☐	☐	☐	☐	☐

乳がん治療に関する連携計画書（5年目）

患者氏名

様

計画策定病院(A)：

連携医療機関(B)：

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医
			4年3ヵ月後	4年6ヵ月後
		日付	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			
問診	乳房、腋窩で気になることは無い		☐	☐
	日常生活で気になることは無い		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法)体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	□(3, 6)ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	□ホルモン剤;()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA,CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG,USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			
	骨密度			
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。

※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。

上記で大きな異常を見つけた場合は

兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

兵庫県立がんセンター

担当医師:

連絡先:078-929-1151

担当医師:

連絡先:

かかりつけ医	兵庫県立 G
4年9ヵ月後	5年後
年 月 日	年 月 日
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
月 日	月 日
☐	☐
☐	☐
☐	☐
	☐ 要 ☐ 不要
	☐ 要 ☐ 不要
☐	☐

メモ

乳がん治療に関する連携計画書（6年目）

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A) : _____

連携医療機関(B) : _____

		施設	かかりつけ医	兵庫県立 G
			5年6ヵ月後	6年後
		日付	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			
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ことはない		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法)体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	☐ (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	☐ ホルモン剤; ()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA, CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG, USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			☐ 要 ☐ 不要
	骨密度			☐ 要 ☐ 不要
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。
※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。
上記で大きな異常を見つけた場合は
兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

乳がん治療に関する連携計画書（7年目）

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A) : _____

連携医療機関 (B) : _____

		施設	かかりつけ医	兵庫県立 G
			6年6ヵ月後	7年後
		日付	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			
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ことはない		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法) 体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	☐ (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	☐ ホルモン剤; ()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA, CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG, USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			☐ 要 ☐ 不要
	骨密度			☐ 要 ☐ 不要
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。
※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。
上記で大きな異常を見つけた場合は
兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

乳がん治療に関する連携計画書（8年目）

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A) : _____

連携医療機関 (B) : _____

		施設	かかりつけ医	兵庫県立 G
			7年6ヵ月後	8年後
		日付	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			
問診	乳房、腋窩で気になることはない		☐	☐
	日常生活で気になることはない		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法) 体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	☐ (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	☐ ホルモン剤; ()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA, CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG, USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			☐ 要 ☐ 不要
	骨密度			☐ 要 ☐ 不要
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。
※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。
上記で大きな異常を見つけた場合は
兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

乳がん治療に関する連携計画書（9年目）

患者氏名 _____ 様

計画策定病院(A) : _____

連携医療機関 (B) : _____

		施設	かかりつけ医	兵庫県立 G
			8年6ヵ月後	9年後
		日付	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			
問診	乳房、腋窩で気になることはない		☐	☐
	日常生活で気になることはない		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法)体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	☐ (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	☐ ホルモン剤; ()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA,CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG,USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			☐ 要 ☐ 不要
	骨密度			☐ 要 ☐ 不要
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。
※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。
上記で大きな異常を見つけた場合は
兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

乳がん治療に関する連携計画書（10年目）

患者氏名

様

計画策定病院(A)：

連携医療機関(B)：

		施設	かかりつけ医	兵庫県立 G
			9年6ヵ月後	10年後
		日付	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			
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ことはない		☐	☐
	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		☐	☐
	(ホルモン療法)体重は(kg)		☐	☐
	その他、気になることはなかった		☐	☐
視触診	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		☐	☐
	患側上肢の挙上ができる		☐	☐
	その他		☐	☐
注射	□(3, 6)ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	□ホルモン剤;()		☐	☐
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA,CA15-3など)※		☐	☐
	画像診断(MMG,USなど)※		☐	☐
	婦人科検診(近隣へ)			☐ 要 ☐ 不要
	骨密度			☐ 要 ☐ 不要
	その他※		☐	☐

外来で実施した項目については☑を入れてください。

※の項目は必要時データ、所見、日付などを申し送り欄に記載、もしくは添付してください。

上記で大きな異常を見つけた場合は

兵庫県立がんセンター地域医療連携室までご連絡ください。

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	患側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				
	気持ちのつらさ				
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	患側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				
	気持ちのつらさ				
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

[illegible]

(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

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

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：

兵庫県立がんセンター

TEL：078-929-1151

平日（8：45～17：30）：地域医療連携室

平日時間外（17：30～8：45）及び土、日、祝祭日：日直/夜間当直