

## 乳がん治療に関する連携計画書

計画策定病院(A): 兵庫県立がんセンター

担当医師:

連絡先: 078-929-1151

患者氏名

様

連携医療機関(B):

担当医師:

連絡先:

	施設	かかりつけ医	かかりつけ医	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	
		手術後より	3ヵ月後	6ヵ月後	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
		日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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									
問診	乳房、腋窩で気になることはない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	日常生活で気になることはない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他、体で痛いところはない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(ホルモン療法)更年期様障害はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(ホルモン療法)関節痛はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(ホルモン療法)骨折はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(ホルモン療法)不正出血はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(ホルモン療法)アレルギーはなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(ホルモン療法)体重は(kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他、気になることはなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
視触診	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	患側上肢の浮腫や発赤はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	患側上肢の挙上ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
注射	<input type="checkbox"/> (3, 6)ヶ月製剤*	投与日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
処方	<input type="checkbox"/> ホルモン剤:( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA, CA15-3など)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	画像診断(MMG, USなど)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	婦人科検診(近隣へ)				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	骨密度				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	その他**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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。

5-2 乳がんパス計画書(医療者用)兵庫県立がんセンター(2020年改訂版)

計画策定病院(A): 兵庫県立がんセンター

担当医師:

連絡先: 078-929-1151

患者氏名

様

連携医療機関(B):

担当医師:

連絡先:

	施設 手術後より 日付	かかりつけ医	かかりつけ医	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3ヵ月後	2年6ヵ月後	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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	日常生活で気になることはない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他、体で痛いところはない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)更年期様障害はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)関節痛はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)骨折はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)不正出血はなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)アレルギーはなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)体重は(kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他、気になることはなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
視触診	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患側上肢の浮腫や発赤はない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患側上肢の挙上ができる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注射	<input type="checkbox"/> (3, 6)ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
処方	<input type="checkbox"/> ホルモン剤:( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA, CA15-3など)※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像診断(MMG, USなど)※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	婦人科検診(近隣へ)				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	骨密度				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	その他※	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。

計画策定病院(A): 兵庫県立がんセンター

担当医師:

連絡先: 078-929-1151

患者氏名

様

連携医療機関(B):

担当医師:

連絡先:

	施設 手術後より	日付	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	兵庫県立 G
			4年3ヵ月後	4年6ヵ月後	4年9ヵ月後	5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 <sup>o</sup>					
	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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	日常生活で気になることはない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他、体で痛いところはない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)更年期様障害はない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)関節痛はない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)骨折はなかった		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)不正出血はなかった		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)アレルギーはなかった		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)体重は(kg)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他、気になることはなかった		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
視触診	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	健側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患側上肢の浮腫や発赤はない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患側上肢の挙上ができる		<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"/>
注射	<input type="checkbox"/> (3, 6) ヶ月製剤 <sup>※</sup>	投与日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
処方	<input type="checkbox"/> ホルモン剤:( )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査など	採血(腫瘍マーカーCEA,CA15-3など) <sup>※</sup>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像診断(MMG,USなど) <sup>※</sup>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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
	その他 <sup>※</sup>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ

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。