

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	P 1
地域連携パスとは	P 2
私の診療情報	P 3
手術について	P 4
決定した連携機関の一覧	P 5
乳がん治療に関する連携計画書	P 6
患者さん用自己チェックシート	P 12
患者さん用メモ	P 16

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



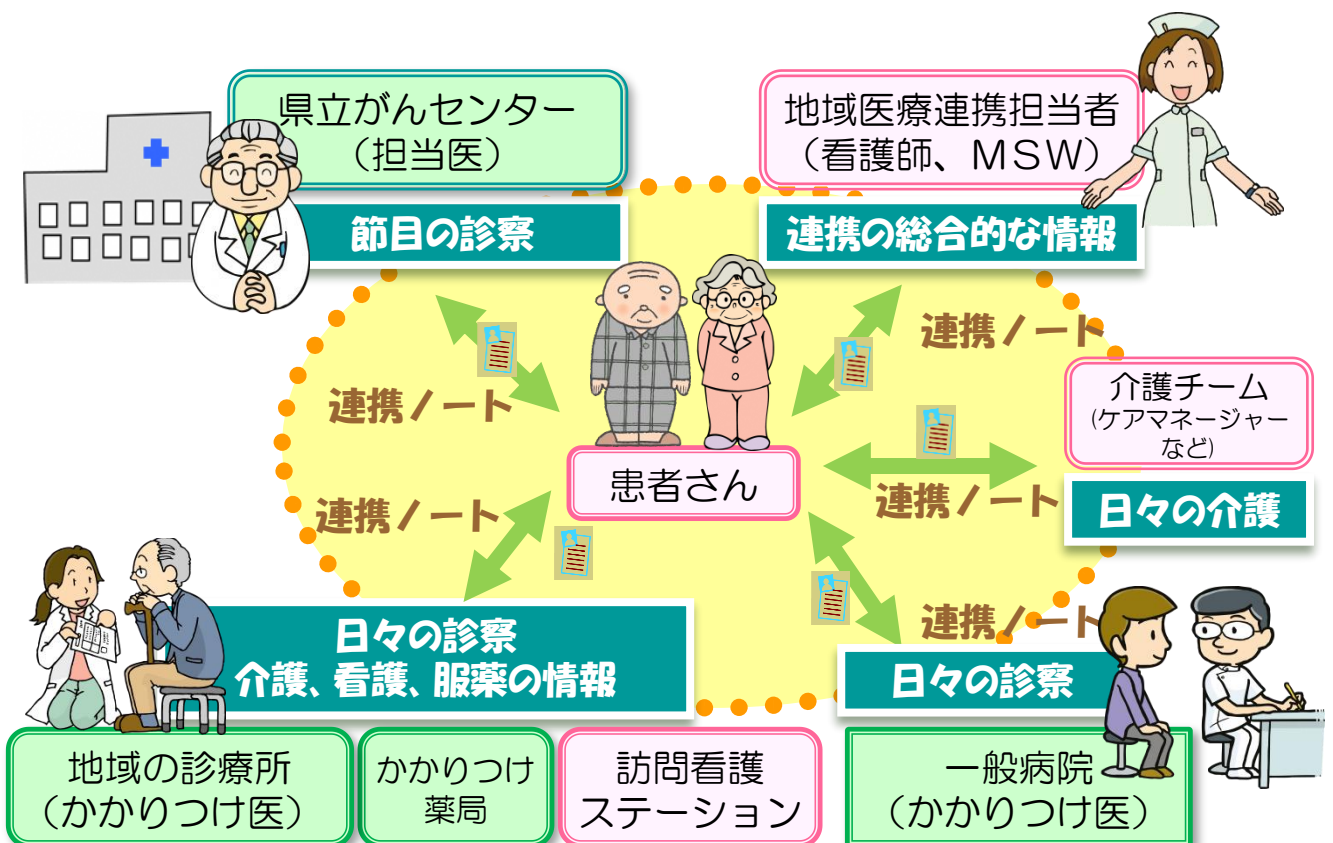
日々の診察

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	<input type="checkbox"/> 閉経前 <input type="checkbox"/> 閉経後 ()歳頃に閉経			
	原発部位	右・左 ()			
	組織学的分類	<input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> DCIS その他()			
	TNM分類	T() N() M()			
	臨床病期	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III A <input type="checkbox"/> III B <input type="checkbox"/> III C <input type="checkbox"/> IV			
	術式	<input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 乳房切除(全摘・乳頭温存) <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> その他()⇒同時乳房再建: 有 無			
	病理組織学的腫瘍径	() × () cm (断端: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (乳管内進展: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (脈管浸潤: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)			
	核異型度	<input type="checkbox"/> Grade 1 <input type="checkbox"/> Grade 2 <input type="checkbox"/> Grade 3	Ki67 %		
	ホルモン受容体	ER <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 (0 1%未満 1~9% 10~49% 50%以上) PgR <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 (0 1%未満 1~9% 10~49% 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			
	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 腋窩リンパ節転移(/)			
	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/ 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)	<input type="checkbox"/> リ्यूプリン3.75(1M)(年 月まで) <input type="checkbox"/> リ्यूプリンSR11.25(3M)(年 月まで) <input type="checkbox"/> ゾラデックス3.6(1M)(年 月まで) <input type="checkbox"/> リ्यू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 <input type="checkbox"/> タモキシフェン(年 月から) <input type="checkbox"/> トレミフェン(年 月から) <input type="checkbox"/> アリミデックス(年 月から) <input type="checkbox"/> アロマシン(年 月から) <input type="checkbox"/> フェマール(年 月から) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 — —)

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、腋窩で気になることはない		<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"/>
	その他、体で痛いところはない		<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"/>
	(ホルモン療法) 関節痛はない		<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"/>
	(ホルモン療法) 不正出血はなかった		<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"/>
	(ホルモン療法) 体重は(kg)		<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"/>
視触診	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし		<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"/>
	患側上肢の浮腫や発赤はない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患側上肢の挙上ができる		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注射	<input type="checkbox"/> (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	<input type="checkbox"/> ホルモン剤; ()		<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"/>
	画像診断(MMG, USなど)※		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	婦人科検診(近隣へ)			
	骨密度			
	その他※		<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。

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 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

乳がん治療に関する連携計画書（3,4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
			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		<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"/>
	その他、体で痛いところはない		<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"/>
	(ホルモン療法) 関節痛はない		<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"/>
	(ホルモン療法) 不正出血はなかった		<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"/>
	(ホルモン療法) 体重は(kg)		<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"/>
視触診	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし		<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"/>
	患側上肢の浮腫や発赤はない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患側上肢の挙上ができる		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注射	<input type="checkbox"/> (3, 6) ヶ月製剤※	投与日	月 日	月 日
処方	<input type="checkbox"/> ホルモン剤; ()		<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"/>
	画像診断(MMG, USなど)※		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	婦人科検診(近隣へ)			
	骨密度			
	その他※		<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。

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□要 □不要 □要 □不要				□要 □不要 □要 □不要
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ^o			
	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"/>
	日常生活で気になることはない		<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"/>
	(ホルモン療法)更年期様障害はない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(ホルモン療法)関節痛はない		<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"/>
	(ホルモン療法)不正出血はなかった		<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"/>
	(ホルモン療法)体重は(kg)		<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"/>
視触診	患側(乳房、腋窩、鎖骨上)に異常なし		<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"/>
	患側上肢の浮腫や発赤はない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患側上肢の挙上ができる		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注射	<input type="checkbox"/> (3, 6) ヶ月製剤 [※]	投与日	月 日	月 日
処方	<input type="checkbox"/> ホルモン剤; ()		<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"/>
	画像診断(MMG, USなど) [※]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	婦人科検診(近隣へ)			
	骨密度			
	その他 [※]		<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。

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	年
月 日	月 日
	
	
	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月 日	月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

メモ

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 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

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