

乳がん地域連携パス手帳 運用手順書

医療機関用

1. 市立病院で患者様に乳がん地域連携パス手帳をお渡しする際、市立病院の主治医がP7～8の「あなたの情報」「あなたが受けた治療」に情報を記入します。

あなたの情報①

病理検査結果

診断名	みぎ ・ ひだり 乳がん		
T () N () M ()			
病期 stage	O I II III		
リンパ節	センチネルリンパ節生検 ・ 腋窩リンパ節郭清		
	腋窩リンパ節転移	なし ・ あり 個	
組織型			
ホルモン受容体	エストロゲン受容体(ER) 陽性 ・ 陰性 プロゲステロン受容体(PgR) 陽性 ・ 陰性		
Her2	陽性 ・ 陰性		
Ki:67	%		
オンコタイプDx			

手術

手術日	20 年 月 日		
部位	みぎ ・ ひだり		
術式	☐ 乳房全切除術 ☐ センチネルリンパ節生検 ☐ 乳房部分切除術 ☐ 腋窩リンパ節郭清		
乳房生検	あり ・ なし		

7

あなたの情報②

放射線治療

温存乳房へ (Gy)			
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			

領域リンパ節・胸壁へ (Gy)			
20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			

薬物療法

術前 化学療法	開始日	20 年 月 日
内容		
術後 化学療法	開始日	20 年 月 日
内容		
分子標的治療	開始日	20 年 月 日
内容		
ホルモン療法	開始日	20 年 月 日
内容	年予定	
ホルモン療法	開始日	20 年 月 日
内容	年予定	

8

2. 「医療者記入欄」(緑色部分)の①受診目安・②受診場所を記入し、患者様に説明をお願いします。③受診した日は診察時に記入をお願いします。「本人記入欄」(黄色部分)は患者様が受診前に自宅で自己チェックをする項目です。自身での記入が難しい場合は、診察の際に一緒に記入をお願いいたします。(P9～)

術後1年までの自己チェック表

		術後経過	3か月
医療者記入欄	受診目安 ①		年 月
	受診場所 A: 藤枝市立総合病院 B: かかりつけ医 ②		A ・ B
	受診した日 ③		年 月 日
本人記入欄	内服薬の副作用症状	関節痛・こわばり	あり・なし
		更年期症状	あり・なし
	手術側の腕の症状	むくみ・赤み	あり・なし
		腕が上がりにくい	あり・なし
	手術側の乳房の症状	傷の周囲の赤み・熱感	あり・なし
		しこりがある	あり・なし
		皮膚のへこみ・乳頭のへこみ・ひきつれ・分泌物	あり・なし
		しこり	あり・なし
	手術していない側の乳房の症状	皮膚のへこみ・乳頭のへこみ・ひきつれ・分泌物	あり・なし
	体重		kg

9

手術日 年 月 日			
6か月	7か月	1年	
年 月	年 月	年 月	
A ・ B	A ・ B	A ・ B	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
あり・なし	あり・なし	あり・なし	
kg	kg	kg	

10