

# 千葉県共用がん地域医療連携パス(乳がん用) (診療計画表)

(リンパ節転移がなく、ホルモンレセプター陽性の症例。化学療法の必要ない症例。ホルモン療法のための症例、無治療例)

患者様氏名 (ID 様)	生年月日・性別 M T S H ____年__月__日 ( ____歳) 男・女
-----------------	--

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

入院中 (入院日: ____年__月__日)	
計画策定病院	入院中の治療
	<input type="checkbox"/> 手術
	<input type="checkbox"/> 化学療法
	<input type="checkbox"/> 放射線療法
	<input type="checkbox"/> 入院緩和治療
	<input type="checkbox"/> その他
退院後の目標	

退院後 (退院日: ____年__月__日)												
	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
受診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
診察・問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
計測 体重・血圧												
検査	AST/ALT											
	BUN/Cre											
	腫瘍マーカー											
	画像											
治療 内服薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
受診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
診察・問診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
計測 体重・血圧・腹囲												
検査	AST/ALT											
	BUN/Cre											
	腫瘍マーカー											
	画像											
治療 内服薬	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

(診療計画を作成される医師の皆様へ)

\* 受診頻度や、実施する検査、治療等については、計画策定病院と連携医療機関で相談して、適切に決定してください。

\* 上記の○は最低限のものであり、必要

\* 1年に1回計画策定病院, 可能であれば連携医療機関にてマンモグラフィ検査を行う。 ●: 計画策定病院へ受診します。  
必要によりエコーにて乳腺および領域リンパ節検査を行う。 ○: 連携医療機関へ受診します。

私は、乳がんの診療計画について説明を受けました。  
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。