

# 乳がん（術後）西濃地域連携パス

患者氏名

様（病院カルテNo.

かかりつけ医カルテNo.

登録番号（ ）

大垣市民病院		診療科 外科		かかりつけ医 病院・医院・クリニック				
医師名				先生				
	UICC pTNM	stage	ER( ) PgR ( )	補助療法	術前化学療法		術後化学療法	
	T N M		Her2 ( )		術前ホルモン療法		術後ホルモン療法	
施設			病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	
経過(術後)	手術(術式: )		1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	
術後年月日			__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日
実施日			H__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日
達成目標	再発症状がない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腫瘍マーカー上昇がない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
情報提供	診療情報提供書		(未・済)		(未・済)		(未・済)	
	検査結果説明		(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	
検査	1. 胸部 X-p 2. CEA 3. CA15-3 4. 腹部 US 5. 乳腺 US 6. マンモグラフィ		1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	
観察項目	しこりがある 痛みがある 患側上肢が腫れる しびれがある 眼がかすむ 手足のこわばり その他		(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	
パスの逸脱			<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	